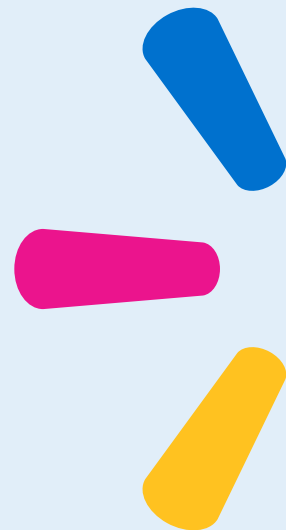


Libro de beneficios para asociados 2020



Descripciones resumidas del plan

Contenido

Plan de seguro médico
Beneficio farmacéutico
Plan odontológico
Plan oftalmológico

Planes de seguro de vida y discapacidad
Plan de compra de acciones para asociados
Plan 401(k) de Walmart
... y mucho más.

Vigente a partir del **1 de enero de 2020**

Plan 401(k) de Walmart vigente a partir del **1 de febrero de 2020**



Índice

Elegibilidad e inscripción	4	Seguro contra accidentes durante viajes de negocios	174
Elegibilidad y beneficios para los asociados en Hawái	38	Plan de discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora	180
El plan médico	44	Plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados	190
Beneficio de farmacia	92	Plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión	198
Cuenta de ahorro de salud (HSA)	98	Plan de discapacidad de largo plazo	206
El plan odontológico	106	Discapacidad de largo plazo para conductores de camión	214
El plan oftalmológico	116	Plan de Compra de Acciones para Asociados	222
Ley COBRA	122	El Plan 401(k) de Walmart	234
Recursos para la vida (Resources for Living®)	130	Reclamos y apelaciones	260
Seguro por enfermedades críticas	134	Información legal	280
Seguro contra accidentes	140	Glosario	294
Seguro de vida pagado por la compañía	148	Consulte para obtener mayor información	296
Seguro de vida opcional para asociados	154		
Seguro de vida opcional para dependientes	160		
Seguro por muerte accidental y desmembramiento (Accidental death and dismemberment, AD&D)	166		

La información que obtenga por medio de las comunicaciones con Walmart Inc. o cualquier proveedor de servicios del Plan no anula ninguna disposición o limitación del Plan. La información proporcionada o las declaraciones realizadas a través de cualquier forma de comunicación no garantizan el pago de beneficios. Además, los precios de los beneficios informados por teléfono se basan en la información que se proporciona al momento de la llamada. Si se descubre información relevante adicional, puede afectar el pago de su reclamación. Todos los beneficios están sujetos a elegibilidad, pago de primas, limitaciones y todas las excepciones descritas en los documentos del plan correspondiente, incluso toda póliza de seguro. Puede solicitar una copia de los documentos que rigen estos planes escribiendo a: Custodian of Records, People Services, 508 SW 8th Street, Bentonville, Arkansas 72716-3500.

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

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

Bienvenido a su Libro de beneficios para asociados 2020

Aquí encontrará descripciones resumidas del plan (Summary Plan Descriptions, SPD) para el Plan de Salud y Bienestar para Asociados (Associates' Health and Welfare Plan) (el Plan) y el Plan 401(k) de Walmart (Walmart 401(k) Plan).

Aquí también se incluye el folleto del Plan de Compra de Acciones para Asociados (Associate Stock Purchase Plan).

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

Recuerde que el *Libro de beneficios para asociados 2020* ha sido revisado desde su publicación electrónica original en octubre de 2019.



Mucha información. Muy fácil de encontrar.

Cuando descarga el *Libro de beneficios para asociados 2020* de **One.Walmart.com**, tendrá respuestas a sus preguntas sobre los beneficios al alcance de su mano.

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



Palabras clave

Muchos de los términos utilizados en el *Libro de beneficios para asociados 2020* pueden resultarle desconocidos o tener significados específicos dentro del contexto de los planes. Encontrará la definición de muchos de ellos en el **Glosario** de la página 294, y también hemos incluido definiciones importantes en puntos críticos del texto.

Elegibilidad e inscripción

Plan de Salud y Bienestar para Asociados	6
Elegibilidad del asociado	6
Asociados temporales y de tiempo parcial pagados por hora: controles de elegibilidad para los beneficios médicos	7
Elegibilidad de dependientes	9
Documentación legal para la cobertura de los dependientes	10
Dependientes que no son elegibles	10
Cuándo el dependiente pierde la elegibilidad	10
Cuándo se inscribe para los beneficios	10
Cuándo entra en vigencia la cobertura	11
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	12
Fechas de entrada en vigencia para los beneficios del Plan	12
Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral	13
Pago de los beneficios	18
Tarifas por el consumo de tabaco	19
Continuación de la cobertura de beneficios si tiene un permiso de ausencia	19
Continuación de la cobertura de beneficios cuando tiene una discapacidad	20
Eventos de cambio de estado	21
Si cambia su clasificación laboral	24
Cambio de una clasificación laboral a otra	24
Órdenes de cobertura médica para menores (QMCSO)	36
Cuándo finaliza su cobertura del Plan	36

Si tiene Medicare o será elegible para tener Medicare dentro de los próximos 12 meses, tiene más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 287 del capítulo de [Información legal](#).

Elegibilidad e inscripción

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
<ul style="list-style-type: none"> Inscribirse en los beneficios de Walmart Notificar a Servicios al Personal dentro de los 60 días posteriores a un evento de cambio de estado 	Visite One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Comunicarse con Servicios al Personal si tiene alguna pregunta sobre las deducciones de la nómina para sus beneficios		Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Pagar las primas para los beneficios mientras tiene un permiso de ausencia		Consulte Continuación de la cobertura de beneficios si tiene un permiso de ausencia en este capítulo para obtener información detallada. Si se le solicita que pague las primas para mantener vigente la cobertura, debe pagarlas para mantener vigente la cobertura. Puede pagar con tarjeta de débito o crédito (Visa, MasterCard, American Express o Discover) llamando al 800-421-1362 y diciendo luego “make a payment” (realizar un pago). También puede enviar un cheque o un giro postal pagaderos al Fondo de Salud y Bienestar para Asociados a: Walmart People Services P.O. Box 1039 Department 3001 Lowell, Arkansas 72745 Para garantizar la acreditación oportuna del pago, incluya su número de identificación de Walmart (Walmart ID Number, WIN) en el cheque.

Lo que debe saber sobre la elegibilidad y la inscripción

- Puede inscribirse a los beneficios durante el período de inscripción inicial como asociado recientemente elegible, durante la Inscripción Anual y cuando surge un evento de cambio de estado.
- Su clasificación laboral (o los cambios en su clasificación laboral) determina cuándo comienza su período de inscripción. Si es asociado en Hawái, consulte el capítulo [Elegibilidad y beneficios para asociados en Hawái](#).
- No se pueden modificar los beneficios del seguro médico, odontológico, oftalmológico, por enfermedades críticas, y por muerte accidental y desmembramiento (accidental death and dismemberment, AD&D), excepto durante el período de Inscripción Anual o después de que suceda un evento de cambio de estado.
- Si opta por inscribirse en las opciones de beneficios mejorados de discapacidad de corto plazo, de discapacidad de largo plazo o de discapacidad de largo plazo para conductores de camión, puede cancelar su cobertura en cualquier momento, pero solo podrá volver a agregar esta cobertura durante el período de inscripción inicial, la Inscripción Anual o en caso de un evento de cambio de estado.
- Puede inscribirse, cancelar o cambiar los beneficios del seguro de vida opcional en cualquier momento, pero, si se inscribe después del período de inscripción inicial, deberá presentar un comprobante de buena salud.

Plan de Salud y Bienestar para Asociados

El Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el Plan) es un plan único e integral de beneficios para empleados que ofrece cobertura médica, odontológica, oftalmológica, de seguro por enfermedades críticas, de seguro contra accidentes, de seguro por AD&D, de seguro de viajero durante viajes de negocios, de seguro de vida, de discapacidad y Recursos para la Vida (Resources for Living) para los asociados elegibles y sus dependientes elegibles. En este capítulo, se describe la elegibilidad para estos beneficios. Los términos y condiciones para estos beneficios se describen en los capítulos correspondientes de este Libro de beneficios para asociados 2020. El Plan está patrocinado por Walmart Inc. (la compañía).

Queda automáticamente inscrito para recibir ciertos beneficios conforme al Plan a partir de la fecha de su contratación o una fecha posterior. Sin embargo, para recibir otros beneficios, debe inscribirse para tener cobertura. Consulte la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) en este capítulo para obtener información detallada sobre los períodos de inscripción inicial y sobre la entrada en vigencia de la cobertura para todos los beneficios que están disponibles conforme al Plan.

Elegibilidad del asociado

Los beneficios para los cuales usted es elegible dependen de muchos factores, que pueden incluir la fecha de su contratación, la cantidad de horas promedio por semana y la clasificación laboral en el sistema de nómina de Walmart Inc. Además, para la mayoría de los beneficios, es posible que deba cumplir con el período de espera de elegibilidad. Consulte la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) de este capítulo para obtener una lista de los beneficios para los cuales es elegible y el período de espera de elegibilidad según su clasificación laboral.

Esperamos que utilice información correcta y precisa cuando solicite o se inscriba en los beneficios. De lo contrario, podrá perder los beneficios o el empleo. Para revisar la política de Walmart sobre deshonestidad intencional, consulte la Declaración de Ética que se encuentra en [One.Walmart.com](#). Consulte la sección [Documentación legal para la cobertura de dependientes](#) que aparece más adelante en este capítulo para obtener información sobre los documentos que se le pueden solicitar para verificar la elegibilidad de los dependientes.

NOTA: Su elegibilidad para los beneficios se determina por las normas de elegibilidad que se detallan en este Libro de beneficios para asociados. En la medida en que cualquier información que se le proporcione a través de otras fuentes entre en conflicto con el *Libro de beneficios para asociados*, se aplicarán las normas de elegibilidad del *Libro de beneficios para asociados*.

ELEGIBILIDAD DE LOS ASOCIADOS GERENCIALES

Para ser elegible para los beneficios como asociado gerencial, debe estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado gerencial, asociado gerencial en formación, farmacéutico de California o conductor de camión de tiempo completo.

ELEGIBILIDAD DE LOS ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA

Para ser elegible para los beneficios como asociado de tiempo completo pagado por hora, debe estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado de tiempo completo pagado por hora.

ELEGIBILIDAD DE LOS ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA

Para ser elegible para los beneficios como asociado de tiempo parcial pagado por hora, debe estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado de tiempo parcial pagado por hora.

Para inscribirse en los beneficios médicos, debe trabajar un promedio de al menos 30 horas por semana, con las siguientes excepciones:

- Los farmacéuticos de tiempo parcial pagados por hora contratados antes del 1 de febrero de 2012 no deben trabajar una cantidad mínima de horas por semana.
- Los farmacéuticos de tiempo parcial pagados por hora contratados después del 1 de febrero de 2012, inclusive, deben trabajar un promedio de al menos 24 horas por semana.
- Los asociados de tiempo parcial pagados por hora en la cadena de suministro de campo deben trabajar un promedio de al menos 24 horas por semana.
- Los profesionales de enfermería de tiempo parcial pagados por hora deben trabajar un promedio de al menos 24 horas por semana.

Los asociados de tiempo parcial pagados por hora están sujetos al proceso de control anual de elegibilidad que se describe más adelante en este capítulo, a excepción de los farmacéuticos de tiempo parcial pagados por hora contratados antes del 1 de febrero de 2012. El control anual de elegibilidad determina si podrá recibir beneficios médicos en función de la cantidad de horas que trabajó en promedio en el período de 52 semanas previo a la fecha del control anual de elegibilidad. Para obtener más información, consulte la sección [Asociados temporales y de tiempo parcial pagados por hora: controles de elegibilidad para la cobertura médica](#).

ELEGIBILIDAD DE LOS CONDUCTORES DE CAMIÓN DE TIEMPO PARCIAL

Para ser elegible para los beneficios como conductor de camión de tiempo parcial, debe estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como conductor de camión de tiempo parcial. No necesita trabajar una cantidad mínima de horas por semana para ser elegibles para inscribirse en los beneficios médicos como conductor de camión de tiempo parcial.

ELEGIBILIDAD DE LOS ASOCIADOS TEMPORALES

Para ser elegible para los beneficios como asociado temporal, debe estar clasificado en el sistema de nómina de la compañía como asociado temporal.

Para ser elegible para inscribirse en los beneficios médicos, debe trabajar un promedio de al menos 30 horas por semana, con la excepción de los asociados temporales de la cadena de suministro de campo, que deben trabajar al menos 24 horas por semana.

Los asociados temporales están sujetos al proceso de control anual de elegibilidad que se describe más adelante en este capítulo. El control anual de elegibilidad determina si podrá acceder a los beneficios médicos en función de la cantidad de horas que trabajó en promedio en el período de 52 semanas previo a la fecha del control anual de elegibilidad para los beneficios. Para obtener más información, consulte la sección [Asociados temporales y de tiempo parcial pagados por hora: controles de elegibilidad para la cobertura médica](#).

ASOCIADOS QUE NO SON ELEGIBLES

Usted no es elegible para el Plan si está dentro de cualquiera de las siguientes categorías, incluso si es reclasificado por un tribunal, el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services, IRS) o el Departamento de Trabajo como empleado de hecho de la compañía o cualquier afiliado participante:

- Es un empleado contratado.
- Es un extranjero no residente (excepto para el seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes, el seguro por muerte accidental y discapacidad, y el seguro de viajero durante viajes de negocios, y para el caso en que no tenga cobertura conforme a una póliza específica para expatriados o ciudadanos extranjeros a quienes emplea la compañía).
- Es un contratista independiente.
- Es un asesor.
- Es un asociado que reside fuera de los Estados Unidos.
- No está clasificado como asociado de la compañía ni de sus filiales participantes.
- Es un asociado que está inscrito en Medicare Parte D (solo aplicable a la elegibilidad para opciones de planes de seguro médico, incluidas las HMO y el plan eComm PPO).
- Es un asociado cubierto por un convenio colectivo de trabajo, en la medida en que el convenio no prevea la participación en este Plan.

INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA OTRAS CATEGORÍAS DE ASOCIADOS

Asociados en Planes de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) y Planes eComm de Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO).

Algunas ubicaciones laborales cuentan con planes HMO y eComm PPO. Las pólizas y los materiales de inscripción para los Planes de HMO y eComm PPO pueden describir

diferentes requisitos de elegibilidad y períodos de espera en comparación con los que se describen en este capítulo. Si hay alguna diferencia entre los términos de elegibilidad de las HMO o el Plan eComm PPO y los términos de elegibilidad del Plan Médico para Asociados (Associates' Medical Plan, AMP), tal como se describe en este capítulo, se aplicarán los términos de elegibilidad de este capítulo.

Además, cuando la ley lo permite, algunas HMO exigen que los participantes acepten un acuerdo de arbitraje antes de que los beneficios conforme a la HMO puedan entrar en vigencia. Si la HMO no recibe su acuerdo dentro de los 60 días luego de su inscripción inicial, sus beneficios conforme a la HMO no entrarán en vigencia. Si la HMO no recibe su acuerdo, no tendrá la cobertura médica del Plan, a menos que se produzca un evento de cambio de estado válido, como se describe más adelante en este capítulo.

Asociados de Hawái: En el estado de Hawái, la elegibilidad y la inscripción están regidas por reglas especiales. Si es un asociado temporal, de tiempo parcial pagado por hora o de tiempo completo pagado por hora, consulte el capítulo [Elegibilidad y beneficios para asociados en Hawái](#). Para los asociados gerenciales en Hawái, se aplican los términos de elegibilidad e inscripción que se describen en este capítulo de [Elegibilidad e inscripción](#).

Asociados localizados: Si la compañía ha aprobado su estado como localizado, usted y sus dependientes residentes en los Estados Unidos son elegibles para los mismos beneficios del Plan que los asociados que son ciudadanos estadounidenses que residen y trabajan en los Estados Unidos. Se anula cualquier período de espera. Usted no es elegible para la cobertura del Plan como expatriado. Si es un asociado localizado y un dependiente elegible reside fuera de los Estados Unidos, se procesarán los reclamos médicos como beneficios de la red, independientemente del estado de la red del proveedor, y se pagarán según la tasa de copago o coseguro aplicable de los cargos de la red, sujeto a las limitaciones y exclusiones correspondientes al Plan. Usted o sus dependientes inscritos deben presentar un reclamo de reembolso según los procesos de reclamo del Plan.

Asociados temporales y de tiempo parcial pagados por hora: controles de elegibilidad para los beneficios médicos

CONTROL DE ELEGIBILIDAD INICIAL PARA LOS BENEFICIOS MÉDICOS

Si es un asociado temporal o asociado de tiempo parcial pagado por hora (que no sea conductor de camión de tiempo parcial), su elegibilidad inicial para los beneficios médicos se determina durante el período de medición inicial. El período de medición inicial consiste en las 52 semanas consecutivas a partir de la fecha de contratación, durante el cual se revisa el promedio de horas trabajadas por semana.

Si trabaja un promedio de al menos 30 horas por semana (24 horas por semana para los profesionales de enfermería

de tiempo parcial, los farmacéuticos de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales en la cadena de suministro de campo) durante el período de revisión de 52 semanas sin que se interrumpa la relación laboral por más de 13 semanas, usted será elegible para los beneficios médicos al final del período de medición inicial. Específicamente, su elegibilidad para los beneficios médicos comenzará el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que se cumple el período de un año. Por ejemplo, si la fecha de contratación es el 16 de abril de 2019, se calculará el promedio de horas trabajadas desde ese día hasta el 15 de abril de 2020. Si cumple con el requisito del promedio de horas trabajadas durante este período de medición inicial, su cobertura comenzaría el 1 de junio de 2020 (suponiendo que se inscribe a tiempo).

La cobertura médica inicial para los asociados que cumplen con el requisito del promedio de horas trabajadas continuará hasta el final del segundo año calendario posterior a la fecha de contratación. En el ejemplo anterior, su cobertura (si se inscribe a tiempo) continuaría hasta fines de 2021. Luego, estaría sujeto a controles anuales de elegibilidad, como se describe a continuación.

CONTROL ANUAL DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS MÉDICOS

Si está clasificado como asociado temporal o de tiempo parcial pagado por hora (que no sea conductor de camión de tiempo parcial o farmacéutico de tiempo parcial pagado por hora con contrato antes del 1 de febrero de 2012), estará sujeto a un control anual de elegibilidad para establecer su elegibilidad para los beneficios médicos para el siguiente año calendario. También estará sujeto a un control anual de elegibilidad si se lo contrató al principio como asociado gerencial o asociado de tiempo completo pagado por hora y estuvo empleado durante un año o más antes de cambiar al estado de tiempo parcial pagado por hora o temporal.

El período de medición para el control anual de elegibilidad abarcará las 52 semanas previas a una fecha designada anualmente a principios de octubre antes del período de Inscripción Anual de cada año calendario. Por ejemplo, en el control anual de elegibilidad que cae en otoño de 2020 (para el año calendario 2021) se revisarán sus horas trabajadas desde el 5 de octubre de 2019 hasta el 4 de octubre de 2020. Si cumple con el requisito de horas promedio (24 o 30 horas por semana, según la clasificación laboral) durante el período de 52 semanas, podrá inscribirse en los beneficios médicos durante el período de Inscripción Anual para recibir cobertura durante 2021.

Si no cumple con el requisito de horas semanales promedio en el control anual de elegibilidad, su cobertura médica podrá continuar durante un tiempo, en los términos descritos más abajo en [Si no cumple con el control anual de elegibilidad para los beneficios médicos](#).

Si tiene preguntas acerca del control anual de elegibilidad, comuníquese con Servicios al Personal al **800-421-1362**.

SI PASA EL CONTROL ANUAL DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS MÉDICOS

Si actualmente es asociado temporal o de tiempo parcial pagado por hora, inscrito en la cobertura médica y cumple con el control anual de elegibilidad de octubre, permanecerá inscrito en la cobertura médica durante el resto del año en curso. Recibirá el material de la Inscripción Anual y será elegible para inscribirse en los beneficios médicos para el año próximo.

Deberá pasar por un control anual de elegibilidad cada año para determinar si califica para recibir los beneficios médicos para el año siguiente.

SI USTED NO PASA EL CONTROL ANUAL DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS MÉDICOS

Si actualmente es asociado temporal o de tiempo parcial pagado por hora, inscrito en la cobertura médica, pero no cumple con el control anual de elegibilidad de octubre, permanecerá inscrito en la cobertura médica durante el resto del año calendario en curso. No será elegible para los beneficios médicos para el año próximo, a menos que la clasificación laboral cambie y usted cumpla con los requisitos de elegibilidad según su nueva clasificación. Recibirá una carta en la que se le explicarán sus opciones según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) para continuar su cobertura médica cuando termine el año calendario en curso. (Consulte el capítulo sobre la [ley COBRA](#) para obtener más información).

Deberá pasar por un control anual de elegibilidad cada año para determinar si califica para recibir los beneficios médicos para el año siguiente.

SI TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA DURANTE EL PERÍODO DE MEDICIÓN ANUAL PARA EL CONTROL DE ELEGIBILIDAD

Si se toma un permiso de ausencia sin goce de sueldo que no haya sido aprobado según se establece abajo, la cantidad de horas de servicio reales se seguirá utilizando para calcular las horas promedio para el control anual de elegibilidad (incluso si es igual a cero).

Si se aprueba el permiso de ausencia (para cumplir su deber como jurado, surge en virtud de Ley de Permiso de Ausencia por Razones Médicas y Familiares [Family and Medical Leave Act, FMLA] de 1993 o es una licencia por motivos militares), el cálculo de horas promedio trabajadas se basará en la cantidad de semanas durante el período de medición de 52 semanas que está trabajando. Por ejemplo, si se toma una licencia autorizada durante dos semanas del período de medición de 52 semanas, el promedio de horas trabajadas se calculará sobre las 50 semanas en lugar de las 52 semanas.

Elegibilidad de dependientes

Si usted es asociado gerencial o de tiempo completo pagado por hora y es elegible para los beneficios conforme al Plan, también puede inscribir a todos los dependientes elegibles como se describe a continuación. Si usted es asociado temporal o de tiempo parcial pagado por hora, o conductor de camión de tiempo parcial, y es elegible para los beneficios del Plan, también puede inscribir solo a su hijo dependiente; no puede inscribir a ningún otro dependiente.

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

DEFINICIONES: DEPENDIENTES ELEGIBLES	
CÓNYUGE/PAREJA	<ul style="list-style-type: none"> Su cónyuge, mientras no estén legalmente separados. Su pareja de hecho (o "pareja"), siempre que su pareja y usted: <ul style="list-style-type: none"> vivan y mantengan una relación exclusiva y comprometida, similar al matrimonio, durante 12 meses, como mínimo; no estén casados entre sí ni con otras personas; tengan la edad para contraer matrimonio en su estado natal y sean mentalmente competentes para celebrar un contrato; no estén relacionados de manera tal que esto impida un matrimonio legal en el estado en el que viven; y no mantengan la relación únicamente a los fines de obtener la cobertura de beneficios. Cualquier otra persona con la que esté unido mediante una relación legal reconocida por crear algunos o todos los derechos del matrimonio en el estado o país en el cual se estableció la relación (también denominada "pareja").
HIJO(S) DEPENDIENTE(S)	<ul style="list-style-type: none"> Sus hijos dependientes hasta el final del mes en el cual cumplan 26 años. Sus hijos dependientes deben: <ul style="list-style-type: none"> ser hijos naturales; ser hijos adoptivos o entregados a usted en adopción; ser sus hijastros o hijos de su pareja elegible, con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> La elegibilidad finalizará en caso de divorcio o cambio en el estado de pareja, incluso si su hijo es menor de 26 años. La elegibilidad finalizará en caso de muerte de su cónyuge o pareja, si su hijo es menor de 18 años. La elegibilidad continuará hasta los 26 años en caso de muerte de su cónyuge o pareja, si al momento de la muerte: i) el niño ha cumplido los 18 años, y ii) el niño está inscrito en el Plan. ser niños a su cuidado como hogar de acogida; ser un dependiente del cual usted tenga la custodia o tutela legal siempre y cuando viva como miembro de su grupo familiar y usted esté a cargo de más de la mitad de su sostén.

Si una persona es su dependiente elegible y posteriormente deja de cumplir con la definición de dependiente elegible, dicha persona dejará de ser elegible para la cobertura conforme al Plan y debe notificar el cambio. Consulte [Cuándo el dependiente pierde la elegibilidad](#) que aparece más adelante en este capítulo para obtener información. Si no notifica el cambio, puede estar sujeto a la pérdida de los beneficios o del empleo.

Si una orden judicial le exige que brinde cobertura médica, odontológica u oftalmológica para sus hijos, estos deben ser dependientes elegibles, como se define anteriormente. Para obtener más información sobre cómo el Plan maneja una orden de cobertura médica para menores (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO), consulte la sección [Órdenes de cobertura médica para menores \(QMCSO\)](#) que se encuentra más adelante en este capítulo.

Si está inscrito en alguna opción de plan de seguro médico que no ofrece cobertura fuera de la red y tiene un dependiente elegible que vive fuera del área de servicio

de su plan de seguro médico, puede inscribir igual a sus dependientes elegibles, pero no tendrán acceso a los proveedores de la red del área geográfica en la que vivan y solo tendrán acceso a la cobertura de emergencia. Si no está seguro si sus dependientes elegibles viven fuera del área de servicio de su plan de seguro médico, llame a su asesor de atención médica al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

SI SU HIJO ES INCAPAZ DE AUTOABASTECERSE

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

- Su hijo tiene una discapacidad física o mental que le impide sustentarse económicamente por cuenta propia y depende principalmente de su apoyo.
- El médico de su hijo proporciona evidencia médica por escrito de la discapacidad su hijo.

Se puede agregar cobertura adicional si su hijo tiene un evento de cambio de estado válido. Para obtener información respecto del evento de cambio de estado, consulte la sección **Eventos de cambio de estado** de este capítulo.

Documentación legal para la cobertura de los dependientes

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

A continuación, se detallan algunos ejemplos de documentación válida:

- **Cónyuge:** acta de matrimonio y declaración federal de impuestos conjunta
- **Pareja de hecho:** declaración jurada de pareja de hecho y estado de hipoteca conjunta o contrato de alquiler
- **Hijos:** certificado de nacimiento emitido por el estado o condado, u orden judicial firmada

Dependientes que no son elegibles

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

- Reside fuera de los Estados Unidos (no se aplica para el seguro de vida opcional para dependientes, AD&D, enfermedades críticas y seguro contra accidentes, y no se aplica si su dependiente es estudiante universitario de tiempo completo fuera de los Estados Unidos).
- Está cubierto por un plan para expatriados.
- Es inmigrante indocumentado.
- No es un dependiente elegible según se define en **Elegibilidad de los dependientes** en la página anterior.
- Es un asociado de Walmart que ya está inscrito en el Plan (no se aplica al seguro de vida opcional para dependientes, AD&D, enfermedades críticas y seguro contra accidentes).
- Es dependiente de otro asociado de Walmart y ya está inscrito en la cobertura del Plan (no se aplica al seguro de vida opcional para dependientes, AD&D, enfermedades críticas y seguro contra accidentes).
- Está inscrito en Medicare Parte D (solo aplicable a la elegibilidad para opciones de planes de seguro médico, incluidas las HMO y el plan eComm PPO).

Cuándo el dependiente pierde la elegibilidad

Si el dependiente está inscrito en la cobertura del Plan y deja de ser elegible para la cobertura, debe notificar a Servicios al Personal al **800-421-1362** dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el dependiente deja de ser elegible. Si notifica a Servicios al Personal dentro de este plazo, el Plan enviará una notificación de elección, lo que le permitirá elegir la continuación de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada

de Reconciliación Presupuestaria (COBRA). La elección del dependiente de inscribirse en la cobertura de la ley COBRA se debe recibir dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el dependiente pierde la cobertura o la fecha de notificación de elección, si es más tarde. Para obtener más información, consulte el capítulo sobre la **ley COBRA**.

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

Cuándo se inscribe para los beneficios

Una vez que haya completado el período de espera de elegibilidad correspondiente, puede inscribirse para los beneficios durante el período de inscripción inicial, que es la primera vez que es elegible para inscribirse. Los plazos de los períodos de inscripción inicial varían según la clasificación laboral y pueden cambiar si se modifica su clasificación laboral. Para obtener más información, consulte **Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral** que aparece más adelante en este capítulo y consulte la tabla que corresponda a su clasificación laboral. También puede inscribirse para los beneficios en los siguientes momentos:

- Durante la Inscripción Anual, que suele tener lugar en el otoño de cada año. Los beneficios en los que se inscribe durante el período de Inscripción Anual suelen entrar en vigencia el 1 de enero del año siguiente, pero hay algunas excepciones. Consulte la tabla correspondiente en la sección **Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral** para obtener detalles importantes.
- Si opta por inscribirse en las opciones de beneficios mejorados de discapacidad de corto plazo, de discapacidad de largo plazo o de discapacidad de largo plazo para conductores de camión, puede cancelar su cobertura en cualquier momento, pero solo podrá volver a agregar esta cobertura durante el período de inscripción inicial, la Inscripción Anual o en caso de un evento de cambio de estado.
- Puede inscribirse en cualquier momento en el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes. Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para dependientes durante la Inscripción Anual, su cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de aprobación por parte de Prudential (no el 1 de enero del año siguiente).

Si no se inscribe durante el período de inscripción inicial, no podrá inscribirse para los siguientes beneficios hasta la próxima Inscripción Anual, excepto en caso de un evento de cambio de estado (consulte la sección **Eventos de cambio de estado** de este capítulo para obtener más detalles):

- Médico, incluidos los planes HMO y el plan eComm PPO (sujeto al control anual de elegibilidad descrito en la sección **Control anual de elegibilidad para beneficios médicos** anteriormente en este capítulo).
- Odontológico
- Oftalmológico

- Seguro por enfermedades críticas
- Seguro contra accidentes
- Plan mejorado por discapacidad de corto plazo (consulte las excepciones importantes inmediatamente a continuación)
- Discapacidad de largo plazo (LTD) o LTD de conductores de camión (consulte las excepciones importantes inmediatamente a continuación)
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Hay una excepción importante que puede retrasar la fecha efectiva del plan mejorado por discapacidad de corto plazo o el plan de discapacidad de largo plazo. Si no se inscribe en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo o el plan de discapacidad de largo plazo, y posteriormente elige inscribirse durante la Inscripción Anual o en caso de un evento de cambio de estado, se lo considerará inscrito fuera de término y deberá completar un período de espera de 12 meses antes de que la cobertura sea efectiva. Si se inscribió fuera de término a raíz de un evento de cambio de estado, el período de espera de 12 meses comenzará a partir del día del evento. Si se inscribió fuera de término durante la Inscripción Anual, el período de espera de 12 meses comenzará a partir del día en el que se inscriba.

Consulte el capítulo [Seguro por discapacidad de largo plazo para conductores de camión](#) para obtener más información sobre las fechas efectivas de la cobertura para inscritos fuera de término en dicho beneficio.

ELECCIÓN DEL NIVEL DE COBERTURA

Los dependientes elegibles inscritos en el Plan deben tener la misma cobertura que eligió para usted mismo. Puede cambiar su cobertura durante la Inscripción Anual o en caso de evento de cambio de estado. Consulte la sección [Eventos de cambio de estado](#) más adelante en este capítulo.

Dentro de los planes médicos, odontológicos u oftalmológicos, el seguro por enfermedades críticas y contra accidentes, puede elegir uno de los siguientes niveles de cobertura:

- Asociado únicamente
- Asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)
- Asociado + hijos
- Asociado + familia (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)

CONFIRMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

Una vez que se inscribe para la cobertura, puede ver el recibo de confirmación en [One.Walmart.com](#) o [Workday](#) para los asociados de Jet. Si encuentra un error con respecto a los beneficios en los que se inscribió, debe comunicarse de inmediato con Servicios al Personal al **800-421-1362**.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

Cuando se inscriba en las opciones de cobertura médica según lo establecido en el Plan Médico para Asociados (Associates' Medical Plan, AMP), recibirá una tarjeta de identificación del plan en su domicilio. Si el administrador de la red subcontratado es BlueAdvantage of Arkansas, Aetna o

HealthSCOPE Benefits, las tarjetas de identificación del plan de los dependientes cuyo domicilio sea diferente del suyo se enviarán directamente al domicilio del dependiente. Si su administrador de la red subcontratado es UnitedHealthcare, se enviará una tarjeta de identificación del plan a su domicilio, incluso si el domicilio del dependiente es diferente del suyo. Su tarjeta de identificación del plan también funciona como su tarjeta de identificación de farmacia.

Si se inscribe en cualquiera de las opciones de cobertura médica del AMP o el plan eComm PPO (si corresponde) y también se inscribe en el plan odontológico para asociados (el "plan odontológico") o el plan oftalmológico para asociados ("el plan oftalmológico"), su tarjeta de identificación del plan también funcionará como su tarjeta de identificación del plan odontológico o como su tarjeta de identificación del plan oftalmológico.

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

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

Puede actualizar su dirección o la de sus dependientes que sean menores de 18 años cuando se inscribe en línea o en cualquier momento en [One.Walmart.com](#) o [Workday](#) para los asociados de Jet. Si su dependiente tiene 18 años o más, deberá comunicarse con Servicios al Personal al **800-421-1362** para actualizar su dirección.

Cuándo entra en vigencia la cobertura

Consulte la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) de este capítulo para obtener más detalles sobre las fechas efectivas de la cobertura.

Si no se encuentra trabajando el día en que la cobertura se hace efectiva (incluso por un permiso de ausencia) para el seguro médico, odontológico, oftalmológico, por enfermedades críticas, y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), Recursos para la vida (Resources for Living), seguro de viajero durante viajes de negocios o seguro de vida pagado por la compañía, su cobertura será efectiva el primer día que esté "activamente en el trabajo," como se define en la siguiente página, siempre que esté inscrito para el beneficio y haya pagado las primas correspondientes. No es necesario inscribirse para Recursos para la vida (Resources for Living), el seguro de viajero durante viajes de negocios, el plan básico por discapacidad de corto plazo o el seguro de vida pagado por la compañía.

Si no se encuentra trabajando por cualquier motivo (incluso un permiso de ausencia) que no sea tiempo libre pagado (Paid Time Off, PTO) el día que la cobertura se hace efectiva para el seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes, plan mejorado por discapacidad de corto plazo, discapacidad de largo plazo (long-term disability, LTD), seguro por LTD para conductores de camión, su cobertura será efectiva el primer día que esté "activamente en el trabajo," como se define a continuación.

“TRABAJO ACTIVO” O “ACTIVAMENTE EN EL TRABAJO”

A los efectos de la cobertura médica, odontológica, oftalmológica, de seguro por enfermedades críticas, de seguro contra accidentes, de AD&D y de Recursos para la vida (Resources for Living), “trabajo activo” (o “activamente en el trabajo”) significa que usted está en servicio activo y que se ha presentado a su primer día de trabajo en la compañía, incluso si no está en el trabajo el día en el que comienza la cobertura (por ejemplo, debido a una enfermedad).

En el caso del seguro de vida pagado por la compañía, del seguro de vida opcional para asociados, del seguro de vida opcional para dependientes, del seguro de viajero durante viajes de negocios y todo tipo de cobertura por discapacidad, estar activamente en el trabajo significa que usted está trabajando activamente para la compañía en uno de sus días programados y que está realizando todas las tareas regulares de su trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial (según su clasificación como asociado de tiempo completo o de tiempo parcial). Se considera que está activamente en el trabajo un día que no sea alguno de sus días programados solo si estuvo activamente en el trabajo el día de trabajo programado anterior.

REINSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Si ahora tiene cobertura y es elegible para los beneficios durante el siguiente año calendario, pero no tiene una inscripción activa para dichos beneficios durante la Inscripción Anual, se lo reinscribirá automáticamente a usted y a los dependientes con cobertura. La reinscripción será para las opciones de cobertura que más se asemejen a las que tiene en este momento. Para obtener más información, consulte el material sobre la Inscripción Anual que se le brindó y se publicó en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o en [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Llame a Servicios al Personal al **800-421-1362** para obtener información.

Si no tiene una inscripción activa durante la Inscripción Anual y se lo inscribió automáticamente en la cobertura como se describe antes, no puede cambiar esta cobertura excepto durante una Inscripción Anual posterior, a menos que se produzca un evento de cambio de estado.

Si no vuelve a inscribirse durante la Inscripción Anual, se considerará que ha dado su consentimiento a la reinscripción automática y se realizarán los ajustes correspondientes en las deducciones de la nómina.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

ASOCIADOS GERENCIALES Y ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA

Si está inscrito para los beneficios médicos antes de que finalice su empleo y vuelve a la compañía dentro de las 13 semanas, se lo reinscribirá automáticamente en su cobertura anterior (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si vuelve a la compañía dentro de los 30 días, no se reanudarán sus deducibles anuales y el gasto máximo en efectivo del AMP para el año calendario cuando finaliza su empleo. Si vuelve después de 30 días, pero dentro de 13 semanas, se reanudarán sus deducibles anuales y el gasto máximo en efectivo, y usted deberá alcanzar los nuevos deducibles y el nuevo gasto máximo en efectivo en su totalidad.

Tendrá 60 días luego de reiniciar su empleo para dar de baja o cambiar la cobertura en la que se lo reinscribió automáticamente. Si vuelve después de las 13 semanas, se lo tratará como un asociado nuevo.

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA Y ASOCIADOS TEMPORALES

Si regresa al empleo como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal dentro de las 13 semanas después de dejar de trabajar en la compañía *durante* su período de medición inicial, se lo tratará como si no se hubiera ido, por el resto del período de medición. Todas las horas trabajadas durante el período de medición se utilizarán en el cálculo del promedio de horas trabajadas. Por ejemplo, si se toma una licencia de cuatro semanas durante el período de medición de 52 semanas, el promedio de horas trabajadas se calculará con las 48 semanas durante las cuales trabajó, en lugar de 52 semanas.

Si finaliza su empleo *después* de completar un período de medición y vuelve al empleo como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal en un plazo de 13 semanas, conservará su estado anterior hasta el final del año calendario.

Si está inscrito para los beneficios médicos antes de que finalice su empleo y vuelve a la compañía dentro de las 13 semanas, se lo reinscribirá automáticamente en su cobertura anterior (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si vuelve a la compañía dentro de los 30 días, no se reanudarán sus deducibles anuales y el gasto máximo en efectivo del AMP para el año calendario cuando finaliza su empleo. Si vuelve después de 30 días, pero dentro de 13 semanas, se reanudarán sus deducibles anuales y el gasto máximo en efectivo, y usted deberá alcanzar los nuevos deducibles y el nuevo gasto máximo en efectivo en su totalidad.

Tendrá 60 días luego de reiniciar su empleo para dar de baja o cambiar la cobertura en la que se lo reinscribió automáticamente. Si vuelve después de 13 semanas, se lo tratará como asociado nuevo y estará sujeto al control de elegibilidad inicial para los beneficios médicos antes de ser elegible.

Fechas de entrada en vigencia para los beneficios del Plan

En las tablas que aparecen más adelante sobre [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) se proporciona información sobre las fechas efectivas de la cobertura si se inscribe durante el período de inscripción inicial. Si finaliza su empleo antes de inscribirse para los beneficios durante el período de inscripción inicial, no será elegible para inscribirse.

Si es asociado en Hawái, consulte el capítulo [Elegibilidad y beneficios para asociados en Hawái](#).

Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral

ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA		
Incluye farmacéuticos (excepto farmacéuticos de California*), cadena de suministro de campo y puestos de supervisor de campo en tiendas y clubes; no incluye gerentes del Centro de Visión.		
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Médico Planes HMO Odontológico (la inscripción es por dos años calendarios) Oftalmológico Seguro por enfermedades críticas Seguro contra accidentados AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha en que la cobertura entra en vigencia.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hace efectiva el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.</p>	<p>NOTA: Las reglamentaciones del IRS requieren que sus elecciones de beneficios antes de impuestos permanezcan en vigencia a lo largo de todo el año del Plan (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), a menos que tenga un evento de cambio de estado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida pagado por la compañía 	Se lo inscribirá automáticamente el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.	
<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro de viajero durante viajes de negocios 	Se lo inscribe automáticamente en la fecha de contratación.	
<ul style="list-style-type: none"> Plan básico de discapacidad de corto plazo (no disponible para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; en Nueva York, la cobertura es diferente) 	Se lo inscribe automáticamente cuando se cumplen 12 meses.	
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha en que la cobertura entra en vigencia.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia en la fecha de inscripción o el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo, lo que ocurra último. Cuando se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Después de la aprobación de Prudential, su cobertura entrará en vigencia en la fecha de aprobación de Prudential o el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo, lo que ocurra último. Si se inscribe después del período de inscripción inicial: Se puede inscribir en la cobertura o darla de baja en cualquier momento del año, pero es necesario presentar un comprobante de buena salud para inscribirse o extender la cobertura en cualquier momento después del período de inscripción inicial. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. 	
<ul style="list-style-type: none"> Plan mejorado por discapacidad de corto plazo (no disponible para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York está disponible en Nueva York) Plan de LTD Plan de LTD mejorado 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer cheque de pago y el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia cuando se cumplen 12 meses.</p>	<p>Si se inscribe después del período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia 12 meses después de la fecha de inscripción o, en caso de un cambio de estado, 12 meses después de la fecha del evento.</p>
* Si está clasificado como "farmacéutico de California" en los sistemas de nómina, es elegible para los beneficios enumerados en la tabla para asociados gerenciales.		
NOTA: Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para obtener más información, consulte la sección " Trabajo activo " o " activamente en el trabajo " de este capítulo.		

GERENTES DEL CENTRO DE VISIÓN DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA		
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Médico Planes HMO Odontológico (la inscripción es por dos años calendarios) Oftalmológico Seguro por enfermedades críticas Seguro contra accidentes AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y antes de los 60 días posteriores a la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hará efectiva a partir de la fecha de contratación.</p>	<p>NOTA: Las reglamentaciones del IRS requieren que sus elecciones de beneficios antes de impuestos permanezcan en vigencia a lo largo de todo el año del Plan (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), a menos que tenga un evento de cambio de estado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro de vida pagado por la compañía Seguro de viajero durante viajes de negocios Plan básico de discapacidad de corto plazo (no disponible para los asociados en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; en Nueva York, la cobertura es diferente) 	Se lo inscribe automáticamente en la fecha de contratación.	
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y antes de los 60 días posteriores a la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Cuando se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. Si se inscribe después del período de inscripción inicial: Se puede inscribir en la cobertura o darla de baja en cualquier momento del año, pero es necesario presentar un comprobante de buena salud para inscribirse o extender la cobertura en cualquier momento después del período de inscripción inicial. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. 	
<ul style="list-style-type: none"> Plan mejorado por discapacidad de corto plazo (no disponible para los asociados que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island; el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York está disponible en Nueva York) Plan de LTD Plan de LTD mejorado 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse entre la fecha del primer cheque de pago y antes de los 60 días posteriores a la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia después del día de contratación.</p>	Si se inscribe después del período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia 12 meses después de la fecha de inscripción o, en caso de un cambio de estado, 12 meses después de la fecha del evento.
<p>NOTA: Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para obtener más información, consulte la sección “Trabajo activo” o “activamente en el trabajo” de este capítulo.</p>		

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA Y ASOCIADOS TEMPORALES		
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Médico* Planes HMO Odontológico (la inscripción es por dos años calendarios) Oftalmológico Seguro por enfermedades críticas Seguro contra accidentes AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura durante el período de 60 días a partir de la fecha en que se cumplen las 52 semanas.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura entra en vigencia el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que se cumplen las 52 semanas.*</p>	<p>NOTA: Las reglamentaciones del IRS requieren que sus elecciones de beneficios antes de impuestos permanezcan en vigencia a lo largo de todo el año del Plan (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), a menos que tenga un evento de cambio de estado.</p>
	<p>* Para ser elegibles para la cobertura médica, los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales deben trabajar la cantidad de horas obligatorias y pasar el control anual o inicial (según corresponda) de elegibilidad de beneficios como se describe antes en Elegibilidad del asociado en esta sección. Los farmacéuticos de tiempo parcial pagados por hora que fueron contratados antes del 1 de febrero de 2012 están exentos de este requisito.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro de viajero durante viajes de negocios 	Se lo inscribe automáticamente en la fecha de contratación.	
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura durante el período de 60 días a partir de la fecha en que se cumplen las 52 semanas.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia en la fecha de inscripción o el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que se cumplen las 52 semanas, lo que ocurra último. Cuando se inscribe por más que el monto de la emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud. La cobertura se hará efectiva después de la fecha aprobación de Prudential o la fecha de elegibilidad de los beneficios, lo que ocurra último. Si se inscribe después del período de inscripción inicial: Se puede inscribir en la cobertura o darla de baja en cualquier momento del año, pero es necesario presentar un comprobante buena salud para inscribirse o extender la cobertura en cualquier momento después del período de inscripción inicial. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. 	
<p>NOTA: Los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales solo pueden agregar a la cobertura a sus hijos dependientes elegibles, pero no a sus cónyuges/parejas. La cobertura por discapacidad y el seguro de vida pagado por la compañía no están disponibles para los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales.</p>		

CONDUCTORES DE CAMIÓN DE TIEMPO PARCIAL		
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> Médico Planes HMO Odontológico (la inscripción es por dos años calendarios) Oftalmológico Seguro por enfermedades críticas Seguro contra accidentes AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hace efectiva el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.</p>	<p>NOTA: Las reglamentaciones del IRS requieren que sus elecciones de beneficios antes de impuestos permanezcan en vigencia a lo largo de todo el año del Plan (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), a menos que tenga un evento de cambio de estado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro de viajero durante viajes de negocios 	Se lo inscribe automáticamente en la fecha de contratación.	
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia en la fecha de inscripción o el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo continuo. Cuando se inscribe por más que el monto de la emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud. La cobertura se hará efectiva después de la fecha aprobación de Prudential o la fecha de elegibilidad de los beneficios, lo que ocurra último. Si se inscribe después del período de inscripción inicial: Se puede inscribir en la cobertura o darla de baja en cualquier momento del año, pero es necesario presentar un comprobante buena salud para inscribirse o extender la cobertura en cualquier momento después del período de inscripción inicial. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. 	
<p>Los conductores de camión de tiempo parcial no están sujetos a los controles de elegibilidad para los beneficios descritos antes en este capítulo.</p> <p>NOTA: Los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales solo pueden agregar a la cobertura a sus hijos dependientes elegibles, pero no a sus cónyuges/parejas. La cobertura por discapacidad y el seguro de vida pagado por la compañía no están disponibles para los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales.</p>		

ASOCIADOS GERENCIALES		
Incluye asociados gerenciales en formación, farmacéuticos de California* y conductores de camión de tiempo completo.		
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas de la cobertura	
<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Planes HMO • Odontológico (la inscripción es por dos años calendarios) • Oftalmológico • Seguro por enfermedades críticas • Seguro contra accidentes • AD&D 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse entre la fecha del primer cheque de pago y antes de los 60 días posteriores a la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hará efectiva a partir de la fecha de contratación.</p>	<p>NOTA: Las reglamentaciones del IRS requieren que sus elecciones de beneficios antes de impuestos permanezcan en vigencia a lo largo de todo el año del Plan (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), a menos que tenga un evento de cambio de estado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos para la vida (Resources for Living) • Seguro de vida pagado por la compañía • Seguro de viajero durante viajes de negocios • Plan por discapacidad de corto plazo** 	Se lo inscribe automáticamente en la fecha de contratación.	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y antes de los 60 días posteriores a la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> – El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. – Cuando se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. • Si se inscribe después del período de inscripción inicial: Se puede inscribir en la cobertura o darla de baja en cualquier momento del año, pero es necesario presentar un comprobante de buena salud para inscribirse o extender la cobertura en cualquier momento después del período de inscripción inicial. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de LTD • Plan de LTD mejorado • Plan LTD para conductores de camión • Plan mejorado de LTD para conductores de camión 	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse entre la fecha del primer cheque de pago y antes de los 60 días posteriores a la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia después del día de contratación.</p>	
	Si se inscribe después del período de inscripción inicial, la cobertura del plan de LTD entra en vigencia después de un período de espera de 12 meses desde la fecha de inscripción o, en caso de un cambio de estado, 12 meses después de la fecha del evento. Conforme al plan de LTD para conductores de camión, debe presentar constancia de asegurabilidad y la cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago después de que Servicios al Personal reciba la aprobación de Lincoln.	
<p>* Los farmacéuticos que trabajan en California y están designados como “farmacéuticos de California” en los sistemas de nómina son elegibles para los beneficios enumerados aquí para asociados gerenciales.</p> <p>** Los planes por discapacidad de corto plazo para los asociados asalariados y los conductores de camión no están cubiertos por la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) y no son parte del Plan de Salud y Bienestar para Asociados.</p> <p>NOTA: Para algunos beneficios, deberá cumplir con la definición de trabajo activo. Para obtener más información, consulte la sección “Trabajo activo” o “activamente en el trabajo” de este capítulo.</p>		

Pago de los beneficios

Cuando se inscribe en la cobertura, las deducciones de la nómina por los montos de las primas se retienen de su cheque de pago para pagar la cobertura de beneficios. Por lo general, el primer cheque de pago posterior a la fecha efectiva refleja las deducciones para cada uno de los días que tuvo cobertura durante ese período de pago. Si un período de pago abarca dos años calendario, las deducciones reflejarán el importe para el año anterior hasta el 31 de diciembre y el nuevo importe para el año nuevo, prorrateados según la cantidad de días de cobertura desde el 1 de enero hasta el final del período de pago.

Las deducciones de la nómina reflejan el costo de los beneficios para el período de nómina que figura en el cheque de pago. Por lo tanto, si le pagan por quincena (cada dos semanas), las deducciones cubren la cobertura de las dos semanas anteriores. Las deducciones se basan en períodos de pago quincenales (excepto en Rhode Island, donde el pago es semanal).

Si las deducciones de la nómina no son suficientes para pagar la parte de una prima adeudada, usted es responsable de pagar las primas no pagadas en la medida en que las primas se hubieran pagado si se retuvieran como deducciones de la nómina. Si debe alguna prima para la cobertura de beneficios, se deducirán en los cheques emitidos por la compañía (p. ej., tiempo libre pagado, incentivos, etc.), incluso durante o después de un permiso de ausencia, después de impuestos, si la ley lo permite.

Revise sus ingresos y deducciones en el recibo de pago para verificar que se hayan realizado las deducciones correspondientes. Puede consultar el recibo del cheque de pago en Internet el lunes anterior al día de pago en Online Paystub (Recibo de pago en línea) en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Si considera que la cobertura o las deducciones no son correctas en el recibo de pago, llame de inmediato a Servicios al Personal al **800-421-1362**. Las solicitudes de revisión de las primas pagadas se consideran si se envían dentro de un año desde la fecha de posible pago excesivo. Se realizará una conciliación de primas por un máximo de un año.

Muchos de los beneficios de su Plan se pagan con dinero antes de impuestos, es decir que las deducciones de la nómina para la cobertura se restan del cheque de pago antes de la retención de los impuestos federales y, en la mayoría de los casos, estatales. Debido a que los impuestos de la Seguridad Social no se retienen en dinero antes de impuestos que destina al pago de los beneficios, los montos que paga para los beneficios con dinero antes de impuestos no se consideran como parte del salario a los fines de la Seguridad Social. Como resultado, sus futuros beneficios de la Seguridad Social pueden reducirse.

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

Las deducciones para las primas o las contribuciones que vencieron o están destinadas a las opciones retroactivas, por lo general, se deben realizar después de impuestos.

CUÁNDO SE NECESITAN MEDIDAS ESPECIALES PARA MANTENER LA COBERTURA

Si las deducciones de la nómina no son suficientes para pagar la parte de una prima adeudada, usted es responsable, independientemente de su estado laboral, de tomar las medidas necesarias para pagar las primas no pagadas en la medida en que las primas se hubieran pagado si se retuvieran como deducciones de la nómina. Estos términos se aplican a los siguientes beneficios:

- Médico
- Odontológico
- Oftalmológico
- Seguro por enfermedades críticas
- Seguro contra accidentes
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro de vida opcional para dependientes
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Los pagos de las primas para la cobertura durante un período de pago vencen al final del período de pago y se efectúan después de impuestos. Si no paga las primas antes de la fecha de vencimiento, se puede cancelar su cobertura debido a la falta de pago de las primas.

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

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

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

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

En caso de suspensión de la cobertura por la cancelación de la cobertura:

- Si usted es un asociado activo, no podrá volver a inscribirse hasta la próxima Inscripción Anual o hasta que se produzca un evento de cambio de estado válido.
- Si tiene un permiso de ausencia y vuelve a trabajar activamente dentro del primer año del permiso, se lo inscribirá en la misma cobertura (o la cobertura más similar ofrecida dentro del Plan). La cobertura se hará efectiva el primer día del período de pago en que usted se reincorpore al trabajo activo.

- Si tiene un permiso de ausencia y vuelve a trabajar activamente después de un año del permiso, se lo considerará como asociado recientemente elegible y deberá cumplir con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes antes de que pueda inscribirse para recibir la cobertura.

CONSECUENCIAS FISCALES DE LOS BENEFICIOS PARA PAREJAS

Por lo general, las parejas no califican como cónyuges o dependientes a los fines del impuesto federal a los ingresos. Por lo tanto, el valor de la cobertura médica (incluida la HRA) brindada por la compañía para su pareja o los hijos de su pareja suele considerarse un ingreso imputado y usted deberá pagar los impuestos. Este valor está sujeto a cambio de un año a otro a medida que cambien los valores de los beneficios. El impuesto y las demás retenciones se deducen de su cheque de pago, y el valor de esos beneficios se incluirá en el Formulario W-2. Durante los períodos en los que usted mantenga los beneficios para parejas con ingresos imputados, pero para los que no recibe un cheque de pago de la compañía, la compañía se reserva el derecho de cobrarle la parte del impuesto según la Ley de la Contribución Federal al Seguro Social (Federal Insurance Contributions Act, FICA) directamente a usted.

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

Tarifas por el consumo de tabaco

Puede disfrutar tarifas reducidas para personas que no consumen tabaco para cobertura médica y de medicamentos recetados, seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes para un cónyuge o seguro por enfermedades críticas en los siguientes casos:

- Usted o su cónyuge/pareja con cobertura no consumen tabaco y se consideran “libres de tabaco”.
- Usted o su cónyuge/pareja consumen tabaco y participan en un programa para dejar de fumar de su elección entre el momento de la Inscripción Anual y el 31 de diciembre de 2020. Como alternativa, si llama al programa Quit Tobacco (Dejar de fumar) de Walmart al **866-577-7169**, el programa trabajará con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa que sea adecuado para usted.

“Libre de tabaco” significa que usted (o su cónyuge/pareja) no consumen tabaco en ninguna de sus formas: cigarrillos, cigarros, pipas, tabaco rapé o tabaco de mascar. Con el objetivo de establecer tarifas para quienes no consumen tabaco, “libre de tabaco” también significa que no usa cigarrillos electrónicos ni ningún otro dispositivo de suministro de nicotina.

Se le pedirá que confirme si consume de tabaco en la inscripción inicial para determinar su elegibilidad para las tarifas para personas libres de tabaco durante el período de elegibilidad inicial y, cada año en la Inscripción Anual, para determinar su elegibilidad para las tarifas reducidas para personas libres de tabaco para el siguiente año calendario.

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

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

Para revisar la política de la compañía sobre la deshonestidad intencional, consulte la Declaración de Ética en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Si recibimos un informe de abuso, llevaremos a cabo una investigación ética.

Tenga en cuenta que su elegibilidad para las tarifas para personas libres de tabaco se puede establecer solo en su inscripción inicial y en la Inscripción Anual. Si deja de consumir tabaco durante el año, no será elegible para las tarifas para personas libres de tabaco hasta el siguiente año calendario.

La compañía ofrece el programa Quit Tobacco (Dejar de fumar) sin costo para todos los asociados. Para obtener información, consulte [programa Quit Tobacco \(Dejar de fumar\)](#) en el capítulo [Plan médico](#).



IMPORTANTE

Si usted se inscribe por primera vez, debe completar una sesión de inscripción en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o en [Workday](#) para los asociados de Jet, a fin de recibir las tarifas para personas que no consumen tabaco.

Continuación de la cobertura de beneficios si tiene un permiso de ausencia

Durante una licencia conforme a la ley FMLA, una licencia por razones personales o una licencia por motivos militares, conservará el seguro médico, odontológico, oftalmológico o por enfermedades críticas, el seguro contra accidentes, el seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes, la cobertura por AD&D y los Recursos para la vida (Resources for Living) que haya tenido el día inmediatamente anterior al primer día de la licencia. Por lo general, la cobertura se mantiene en los mismos términos y condiciones como si hubiese seguido trabajando durante el período de licencia.

Durante la licencia, usted es responsable de pagar las primas no pagadas en la medida en que las primas se hubieran pagado si se retuvieran como deducciones de la nómina. Consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) antes en este capítulo para obtener detalles.

Si usted cancela su cobertura durante una licencia conforme a la ley FMLA, una licencia por razones personales o una licencia por motivos militares y regresa al trabajo, puede comunicarse con Servicios al Personal al **800-421-1362** dentro de los 60 días de haberse reincorporado para restablecer la cobertura. Consulte la sección [Si se toma un permiso de ausencia](#) en los respectivos capítulos para cada uno de los beneficios antes mencionados para obtener más información.

Las decisiones sobre los permisos de ausencia son responsabilidad de la compañía, no del Plan.

Comuníquese con un miembro de su equipo de administración o Sedgwick para obtener más información acerca de las licencias conforme a la ley FMLA, por razones personales o por motivos militares. También puede consultar la Política de Permisos de Ausencia de la compañía en [One.Walmart.com](#) para obtener información específica. También puede comunicarse con su representante de personal si tiene preguntas acerca de la política sobre las licencias conforme a la ley FMLA, por razones personales o por motivos militares.

PAGO DE LOS BENEFICIOS MIENTRAS TIENE UN PERMISO DE AUSENCIA

Para continuar la cobertura de los beneficios mientras tiene un permiso de ausencia, debe pagar las primas después de impuestos. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) antes en este capítulo.

Si tiene un permiso de ausencia y debe alguna prima para la cobertura de beneficios, se deducirán en los cheques emitidos por la compañía (p. ej., tiempo libre pagado, incentivos, etc.), si la ley lo permite.

Continuación de la cobertura de beneficios cuando tiene una discapacidad

Si es un asociado asalariado o un conductor de camión que recibe beneficios por discapacidad de corto plazo, consulte los capítulos [Plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados](#) o [Plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión](#) para obtener información sobre la cobertura de beneficios cuando tiene una discapacidad.

Si está recibiendo beneficios por discapacidad y desea continuar su cobertura de otros beneficios ofrecidos por el Plan, en esta tabla, se describe cómo se manejan sus costos de cobertura:

PARA MANTENER LA COBERTURA CONFORME A ESTOS BENEFICIOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Odontológico • Oftalmológico • Seguro por enfermedades críticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro contra accidentes • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes • AD&D
MIENTRAS RECIBE...	
Beneficios por discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora (excepto para quienes trabajan en CA, HI, NJ, NY y RI)	<p>Sus primas para la cobertura detallada anteriormente se deducirán de sus cheques del beneficio por discapacidad de corto plazo (emitidos a través del sistema de nómina de la compañía).</p> <p>NOTA: No se le exige que pague las primas del plan mejorado por discapacidad de corto plazo o del plan por discapacidad de largo plazo de ningún pago de beneficios por discapacidad de corto plazo que reciba.*</p>
Beneficios por discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora que trabajan en CA, HI, NJ, NY y RI	<p>Sus primas para la cobertura detallada anteriormente no se deducirán de sus cheques del beneficio por discapacidad de corto plazo, ya que no son emitidos a través del sistema de nómina de la compañía. Debe pagar las primas cada período de pago o corre el riesgo de que se cancelen sus beneficios.</p> <p>NOTA: No se le exige que pague las primas del plan mejorado por discapacidad de corto plazo o del plan por discapacidad de largo plazo de ningún pago de beneficios por discapacidad de corto plazo que reciba.*</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios por discapacidad de largo plazo • Beneficios por discapacidad de largo plazo para conductores de camión 	<p>Sus primas para la cobertura detallada anteriormente no se deducirán de sus cheques del beneficio por discapacidad de largo plazo, ya que no son emitidos a través del sistema de nómina de la compañía. Debe pagar las primas cada período de pago o corre el riesgo de que se cancelen sus beneficios.</p> <p>NOTA: No se le exige que pague las primas del plan mejorado por discapacidad de corto plazo o del plan por discapacidad de largo plazo de ningún pago de beneficios por discapacidad de largo plazo que reciba.*</p>
<p>* Si recibe otros ingresos, incluidas las bonificaciones, a través del sistema de nómina de la compañía mientras recibe beneficios por discapacidad, las primas de discapacidad correspondientes se retendrán de esos pagos.</p>	

Eventos de cambio de estado

Ciertos beneficios pueden modificarse en cualquier momento del año, pero otros pueden modificarse solo durante la Inscripción Anual o si se produce un cambio de estado, según se describe a continuación:

- El seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes pueden agregarse o darse de baja en cualquier momento.
- Los planes AMP, HMO, eComm PPO, odontológico, oftalmológico, AD&D, de seguro por enfermedades críticas y de seguro contra accidentes pueden modificarse solo durante la Inscripción Anual, a menos que se produzca un evento de cambio de estado.
- El plan mejorado por discapacidad de corto plazo, por discapacidad de largo plazo y por discapacidad de largo plazo para conductores de camión se puede dar de baja en cualquier momento. (El cambio se hace efectivo el día posterior a la baja de la cobertura). Solo se pueden agregar durante el período de Inscripción Anual, a menos que se produzca un evento de cambio de estado.

Por lo general, la legislación fiscal federal exige que sus elecciones de beneficios antes de impuestos sigan vigentes durante todo el año calendario en que se realizó la elección. Esto no se aplica a las contribuciones antes de impuestos a una cuenta de ahorro de salud, las cuales pueden cambiarse en cualquier momento.

Puede realizar ciertos cambios en la cobertura si se produce un evento de cambio de estado. Un evento de cambio de estado es un acontecimiento que le permite realizar cambios en su cobertura fuera del período de inscripción anual o inicial. Los cambios que realice deben estar directamente relacionados con la consecuencia del evento sobre sus beneficios o su elegibilidad. En otras palabras, debe haber una relación lógica entre el evento y el cambio que usted solicita. Por ejemplo, si usted (el asociado) y su cónyuge se divorcian, solo puede dar de baja la cobertura de su cónyuge. No se permitiría cambiar la cobertura de otro dependiente debido a este evento.

En caso de un evento de cambio de estado (incluida la obtención o pérdida de cobertura como se describe a continuación), los cambios en su cobertura se deben hacer dentro de los 60 días a partir de la fecha del evento.

Eventos de cambio de estado:

- Eventos que cambian su estado civil:
 - Matrimonio
 - Muerte del cónyuge
 - Divorcio (incluida la disolución de un concubinato en los estados donde se exige una sentencia de divorcio para disolver un concubinato reconocido)
 - Anulación del matrimonio
 - Separación legal
- Eventos que cambian su estado de pareja de hecho:
 - Inicio de una pareja de hecho
 - Finalización de una pareja de hecho
 - Muerte de la pareja de hecho

- Eventos que cambian el estado de una relación legal con una persona que no sea el cónyuge o la pareja de hecho, según se especifica en la definición de “pareja”:
 - Inicio de una relación legal
 - Finalización de una relación legal
 - Muerte de la otra persona a la cual está unido en una relación legal.
- Eventos que cambian el número de dependientes:
 - Nacimiento
 - Adopción
 - Entrega en adopción
 - Muerte de un dependiente
 - Obtención de la custodia legal de un dependiente
 - Pérdida de la custodia legal de un dependiente cuya custodia o tutoría legal le había sido otorgada anteriormente por un juez
 - Resultado del examen de paternidad
 - Pérdida de la elegibilidad de un dependiente, por ejemplo, al final del mes en el cumple 26 años
 - Recepción de documentación válida que establece la elegibilidad de un dependiente que anteriormente se consideró que no era elegible
- Cambios de empleo suyos, de su cónyuge/pareja o de su dependiente:
 - Tomarse o regresar de un permiso de ausencia aprobado
 - Obtener o perder la cobertura por inicio o finalización del empleo
 - Cambio en el lugar de trabajo que afecta la cobertura médica (si el cambio afecta sus opciones de cobertura médica [por ejemplo, si se ofrece un plan HMO, plan local, plan eComm PPO nuevo], dispondrá de 60 días calendario a partir de su traslado para presentar una solicitud de cambio de cobertura; si lo trasladan a un lugar de trabajo donde sus beneficios médicos se ven afectados y no presenta una solicitud, quedará inscrito automáticamente en un plan predeterminado)
 - Obtención o pérdida de cobertura de cualquier otro empleador
 - Reducción en las horas como asociado temporal o de tiempo parcial pagado por hora de manera que usted trabaja un promedio de menos de 30 horas por semana (independientemente de que la reducción de las horas afecte su elegibilidad para los beneficios médicos) e intención de inscribirse en otro plan que ofrezca la cobertura esencial mínima que entre en vigencia hasta el primer día del segundo mes siguiente al mes en que terminaría la cobertura médica de su Plan (en este caso, puede dar de baja la cobertura del AMP o un plan HMO o el plan eComm PPO)

PÉRDIDA DE LA COBERTURA

- Puede agregar cobertura médica, odontológica u oftalmológica para usted o sus dependientes elegibles en los siguientes casos:
 - Originalmente rechazó la cobertura porque usted o sus dependientes tenían cobertura de la ley COBRA que ha finalizado (la falta de pago de las primas no es suficiente para este propósito).
 - Usted o sus dependientes no tenían cobertura médica de la ley COBRA y la otra cobertura terminó debido a la pérdida de elegibilidad.
 - Empleador ya no contribuye a la otra cobertura.
- También se puede permitir un cambio si pierde una parte importante de la cobertura conforme a los beneficios disponibles en la compañía, por ejemplo, si un plan HMO en su área deja de prestar un servicio. El Plan determina cuándo se produce una pérdida importante de cobertura.
- Si usted o sus dependientes elegibles pierden la cobertura de un plan gubernamental como Medicaid o un plan de seguros de salud del estado para niños, un plan de una institución educativa o un plan de un gobierno tribal, puede agregar cobertura del plan AMP, de un plan HMO, del Plan eComm PPO, del seguro contra accidentes o del seguro por enfermedades críticas dentro de los 60 días desde la pérdida de cobertura. (Esto no se aplica a la pérdida de cobertura en virtud del plan Health Insurance Marketplace).
- Se puede permitir un cambio conforme a una orden judicial.

OBTENCIÓN DE OTRA COBERTURA

- Si, debido a una orden judicial después de un divorcio, separación legal, anulación o cambio en la custodia legal (incluidas las órdenes de cobertura médica para menores; consulte [Órdenes de cobertura médica para menores \[QMCSO\]](#) más adelante en este capítulo), debe brindar cobertura médica, odontológica u oftalmológica para sus hijos dependientes elegibles, puede agregar cobertura para ellos (y para usted, si todavía no tiene cobertura). Si la orden exige que su cónyuge, excónyuge u otra persona proporcionen cobertura médica, odontológica u oftalmológica para sus hijos dependientes y esa otra cobertura ya se proporciona, puede dar de baja la cobertura para el dependiente.
- Si usted es elegible para inscribirse en un plan de salud calificado en un período de inscripción especial por medio de Marketplace, o usted busca inscribirse en un plan de salud calificado por medio de Marketplace durante el período de inscripción anual, según se describe en la siguiente página en [Cambios en su cobertura después de un evento de cambio de estado](#), podrá dar de baja la cobertura del plan AMP, un plan HMO o el Plan eComm PPO Plan según lo establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted y sus dependientes que cesan la cobertura del Plan deben presentar prueba de su derecho de inscripción y declarar su intención de inscribirse en un plan de salud calificado por medio de Marketplace a partir del día inmediatamente posterior al último día de su cobertura del plan AMP, de un plan HMO o del Plan eComm PPO.

- Si usted o sus dependientes elegibles están inscritos en el plan AMP, un plan HMO, el Plan eComm PPO, un seguro contra accidentes o por enfermedades críticas, usted puede dar de baja esa cobertura si usted o sus dependientes comienzan a ser elegibles para recibir los beneficios de Medicare o Medicaid, o la cobertura del plan de seguro de salud del estado para niños.

NOTA: Si usted o sus dependientes elegibles adquieren elegibilidad conforme a un plan gubernamental (que no sea Medicare, Medicaid, TRICARE o un plan de seguro de salud del estado para niños), no puede dar de baja la cobertura del plan AMP, un plan HMO, el Plan eComm PPO, del seguro contra accidentes o por enfermedades críticas, salvo durante el período de Inscripción Anual.

OTRAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE PUEDE CAMBIAR SUS BENEFICIOS

Además de las circunstancias detalladas en la página anterior en las cuales puede cambiar sus beneficios, existen otras circunstancias, como cambios en los costos, reducción de la cobertura o agregados/mejoras de una opción de beneficios, en las cuales el Plan puede permitirle hacer cambios en sus elecciones a mediados de año.

Si usted o sus dependientes elegibles reúnen los requisitos para recibir asistencia de Medicaid o de un plan de salud del estado para niños para que pueda pagar la cobertura del Plan, usted debe solicitar cobertura del Plan dentro de los 60 días a partir de la fecha en que comienzan a ser elegibles para recibir la asistencia.

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

CAMBIOS EN SU COBERTURA DESPUÉS DE UN EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO

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

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

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

continuar su propia cobertura de la ley COBRA, recibirá crédito para sus deducibles y gasto máximo en efectivo conforme al AMP por gastos realizados como dependiente cubierto. También recibirá crédito contra cualquier período de espera.

El Plan se reserva el derecho de solicitar la documentación adicional necesaria que pruebe el evento de cambio de estado.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL PARA LA COBERTURA MÉDICA CONFORME A LA LEY HIPAA

Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), puede tener derecho a una inscripción especial en la cobertura médica del Plan si pierde otra cobertura o agrega un dependiente. Estos eventos se describen en la lista correspondiente e incluyen los siguientes:

- Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, puede inscribirse usted y, si lo elige, a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para dicha cobertura (o si el empleador deja de realizar contribuciones para su cobertura o la de sus dependientes). Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).
- Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse usted o sus dependientes elegibles. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días.
- Si usted o un dependiente dejan de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o de un plan de salud del estado para niños, o bien si usted o un dependiente empiezan a ser elegibles para recibir asistencia para la cobertura del Plan de Medicaid o de un plan de salud del estado para niños, debe solicitar la inscripción dentro de un período de 60 días antes de que finalice la cobertura o que comiencen a ser elegibles para la asistencia. Tal cobertura entrará en vigencia después de la fecha de inscripción en el Plan.
- Para solicitar una inscripción especial u conocer más detalles, consulte la información en este capítulo sobre los eventos de cambio de estado o comuníquese con Servicios al Personal al **800-421-1362**.

CÓMO CAMBIAR SUS OPCIONES DEBIDO A UN EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO

Puede hacer cambios en Internet dentro de los 60 días posteriores al evento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet debido a lo siguiente:

- Adopción
- Nacimiento
- Inicio de una pareja de hecho
- Inicio de una relación legal con una persona que no sea su cónyuge o pareja de hecho
- Muerte del cónyuge/pareja
- Divorcio o separación legal
- Obtención o pérdida de la custodia legal

- Obtención o pérdida de cobertura por parte de usted, sus dependientes o su cónyuge/pareja elegible
- Tomarse un permiso de ausencia
- Matrimonio
- Regreso de una licencia
- Período de inscripción especial
- Finalización de una pareja de hecho
- Finalización de una relación legal con una persona que no sea el cónyuge o la pareja de hecho

Para todos los demás tipos de cambios de estado, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

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

Si usted busca sumar un dependiente como resultado del matrimonio, inicio de una pareja de hecho o inicio de una relación legal con una persona que no sea cónyuge ni pareja de hecho, pero el individuo que se ha de agregar como dependiente fallece antes de que usted avise del evento de cambio de estado, el individuo no se agregará a su cobertura como dependiente.

Los cambios en su cobertura entran en vigencia en la fecha del evento o en el día posterior al evento de cambio de estado. Si se realiza un cambio debido a un permiso de ausencia no remunerado, el cambio entra en vigencia partir de la fecha efectiva de su permiso de ausencia.

Esto no se aplica al seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes, la cobertura del plan mejorado por discapacidad de corto plazo, por discapacidad de largo plazo o por discapacidad de largo plazo para conductores de camión; consulte los respectivos capítulos para obtener información sobre las fechas de entrada en vigencia.

Si el cambio de estado produce un aumento en los costos de la cobertura, por ejemplo, si cambia de una cobertura para asociado únicamente a una cobertura para asociado + dependiente, el aumento se deducirá de su pago luego de que notifique a Servicios al Personal de su evento de cambio de estado y será retroactivo a la fecha efectiva de su nueva cobertura. Estas deducciones retroactivas se realizarán después de impuestos.

Si no lo informa a Servicios al Personal ni ingresa al sitio para realizar los cambios dentro de los 60 días posteriores al evento de cambio de estado, no puede agregar cobertura ni darla de baja hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta que tenga un evento de cambio de estado diferente.

Además, si el evento de cambio de estado se debe a que su dependiente pierde la elegibilidad, este perderá el derecho de optar por la cobertura de la ley COBRA para los beneficios médicos, odontológicos u oftalmológicos si usted no informa el caso a Servicios al Personal dentro de los 60 días. De modo similar, si el evento de cambio de estado se debe al divorcio, la finalización de una pareja de hecho o la finalización de una relación legal con una persona que no sea su cónyuge o

pareja de hecho, su excónyuge/pareja perderá el derecho a elegir la cobertura de la ley COBRA para beneficios médicos, odontológicos u oftalmológicos si no se notifica el evento a Servicios al Personal dentro de los 60 días. Para obtener más información, consulte el capítulo sobre la **ley COBRA**.

Si cambia su clasificación laboral

La transición de una clasificación laboral a otra puede afectar su elegibilidad para ciertos beneficios.

Si está clasificado como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal y su clasificación cambia a asociado de tiempo completo, será elegible para los beneficios para asociados de tiempo completo, como se describe en la siguiente tabla.

Si su clasificación laboral cambia de asociado de tiempo completo a asociado de tiempo parcial, asociado temporal o

conductor de camión de tiempo parcial, su cónyuge/pareja perderá la elegibilidad para el seguro médico, odontológico, oftalmológico, de seguro de vida para dependientes, por AD&D, por enfermedades críticas y contra accidentes. Usted perderá la elegibilidad para la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía o el seguro por discapacidad. Si este cambio ocasiona que su cónyuge/pareja u otro dependiente pierdan la cobertura, consulte el capítulo **Ley COBRA** para obtener información sobre cómo usted o sus dependientes elegibles pueden continuar con la cobertura médica, odontológica y oftalmológica.

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

Cambio de una clasificación laboral a otra

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO DE TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal inmediatamente antes de la transición.	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe por Internet, la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de inscripción. Si lo hace llamando a Servicios al Personal, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Una vez que se inscriba, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva. Se lo inscribe automáticamente en el plan básico por discapacidad de corto plazo desde el primer día del período de pago en el que ocurre la transición y es elegible para inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo al mismo tiempo, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad requeridos por ley. (Los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York). Se lo inscribe automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe durante el período de inscripción después de cambiar de estado, el monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Si se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, debe completar un comprobante de buena salud de su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. Es elegible para inscribirse en la cobertura del plan por discapacidad de largo plazo (LTD). Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de estado válido. No puede elegir la cobertura para asociado únicamente o para asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO DE TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y no era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado de tiempo parcial pagado por hora inmediatamente antes de la transición.	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe por Internet, la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de inscripción. Si lo hace llamando a Servicios al Personal, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Una vez que se inscriba, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva. Empieza a ser elegible para inscribirse en la cobertura médica. Consulte el capítulo Plan de seguro médico para obtener información. Se lo inscribe automáticamente en el plan básico por discapacidad de corto plazo desde el primer día del período de pago en el que ocurre la transición y es elegible para inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo al mismo tiempo, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad requeridos por ley. (Los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York). Se lo inscribe automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe durante el período de inscripción después de cambiar de estado, el monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Si se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, debe completar un comprobante de buena salud de su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. Es elegible para inscribirse en la cobertura del plan por discapacidad de largo plazo (LTD). Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de estado válido. No puede elegir la cobertura para asociado únicamente o para asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO DE TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Ha mantenido el empleo de manera continua durante más de 90 días, pero menos de 52 semanas.	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura entra en vigencia (con la excepción de las de discapacidad de corto plazo y de largo plazo) el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscribe: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe por Internet, la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de inscripción. Si lo hace llamando a Servicios al Personal, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Una vez que se inscriba, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva. Es elegible para inscribirse en el seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, de vida opcional para asociados y para dependientes, por enfermedades críticas y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta descripción resumida del Plan para obtener más información. Se lo inscribe automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o para dependientes para su cónyuge/pareja durante el período de inscripción después de su transición de estado: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Cuando usted se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. Se lo inscribe automáticamente en la cobertura básica por discapacidad de corto plazo brindada por la compañía cuando se cumplen los 12 meses de la fecha de contratación y es elegible para inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo durante el período de 60 días que comienza el primer día del período de pago en el que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad obligatorios por ley. (Los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York). También es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad de largo plazo (LTD) durante el período de 60 días que comienza el primer día del período de pago en el que ocurre la transición. Su cobertura conforme al plan mejorado por discapacidad de corto plazo (si corresponde) y el plan por LTD entra en vigencia cuando se cumplen los 12 meses de la fecha de contratación. Si se inscribe en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo o en el plan por LTD en cualquier momento después de este período de inscripción luego de su transición de estado, su cobertura no entrará en vigencia hasta después de un período de espera adicional de 12 meses desde la fecha de inscripción. (Si se inscribe debido a un evento de cambio de estado, el período de espera comienza a partir de la fecha del evento).

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES TRANSFERIDOS A UN PUESTO DE TIEMPO COMPLETO PAGADO POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Ha mantenido el empleo de manera continua durante menos de 90 días.	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su cobertura entra en vigencia (con excepción de la cobertura por discapacidad de corto plazo y de largo plazo) en las siguientes fechas: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe por Internet o llamando a Servicios al Personal en el período de 60 días, pero antes del primer día del mes en el que se cumple el día 89 de empleo continuo, la fecha efectiva es el primer día del mes calendario en el cual cae el día 89 de su empleo continuo. – Si se inscribe por Internet en el período de 60 días, pero después del primer día del mes en el que se cumple el día 89 de empleo continuo, la fecha efectiva es la fecha de inscripción. Sin embargo, si se inscribe llamando a Servicios al Personal, podrá elegir que sus beneficios entren en vigencia el primer día del mes en el que se cumple el día 89 de empleo continuo. • Las primas pueden deducirse de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva de la cobertura si se inscribe después de los 90 días de empleo continuo. • Es elegible para inscribirse en el seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, de vida opcional para asociados y para dependientes, por enfermedades críticas y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta descripción resumida del Plan para obtener más información. • Se lo inscribe automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía el primer día del mes calendario en el que se cumple el día 89 de empleo continuo. • Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o para dependientes para su cónyuge/pareja durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> – El monto de emisión garantizada entra en vigencia el día en que se inscribe o la fecha de elegibilidad, lo que ocurra más tarde. – Cuando usted se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. • Se lo inscribe automáticamente en la cobertura básica por discapacidad de corto plazo brindada por la compañía cuando se cumplen los 12 meses de la fecha de contratación y es elegible para inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo durante el período de 60 días que comienza el primer día del período de pago en el que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad obligatorios por ley. (Los asociados de Nueva York pueden inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York). También es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad de largo plazo (LTD) durante el período de 60 días que comienza el primer día del período de pago en el que ocurre la transición. Su cobertura conforme al plan mejorado por discapacidad de corto plazo (si corresponde) y el plan por LTD entra en vigencia cuando se cumplen los 12 meses de la fecha de contratación. Si se inscribe en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo o en el plan por LTD en cualquier momento después de este período de inscripción luego de su transición de estado, su cobertura no entrará en vigencia hasta después de un período de espera adicional de 12 meses desde la fecha de inscripción. (Si se inscribe debido a un evento de cambio de estado, el período de espera comienza a partir de la fecha del evento).

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado de tiempo parcial pagado por hora inmediatamente antes de la transición.</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe por Internet, la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de inscripción. Si lo hace llamando a Servicios al Personal, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Una vez que se inscriba, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva. Se lo inscribe automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. El monto máximo que puede seleccionar para la cobertura de seguro de vida opcional para asociados aumenta de \$200,000 a \$1,000,000. (Si aumenta su cobertura, debe presentar un comprobante de buena salud; la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de aprobación de Prudential). Es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja. Si se inscribe en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja durante el período de inscripción después de su transición de estado: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Si se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, debe presentar un comprobante de buena salud de su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio de clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de estado válido. No puede elegir la cobertura para asociado únicamente o para asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal. Se lo inscribe automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad de largo plazo (LTD) o plan por LTD para conductores de camión, según corresponda. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
<p>Ha mantenido el empleo sin interrupción por más de 52 semanas y no era elegible para la cobertura médica del Plan como asociado de tiempo parcial pagado por hora inmediatamente antes de la transición.</p>	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe por Internet, la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de inscripción. – Si lo hace llamando a Servicios al Personal, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Una vez que se inscriba, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva. • Es elegible para inscribirse en la cobertura médica y el plan por discapacidad de largo plazo (LTD) o plan por LTD para conductores de camión, según corresponda. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener información. • Se lo inscribe automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. • El monto máximo que puede seleccionar para la cobertura de seguro de vida opcional para asociados aumenta de \$200,000 a \$1,000,000. (Si aumenta su cobertura, debe presentar un comprobante de buena salud; la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de aprobación de Prudential). • Es elegible para inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe durante el período de inscripción después de cambiar de estado, el monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. – Si se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, debe completar un comprobante de buena salud de su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. • Si actualmente se encuentra inscrito en un seguro odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede extender su cobertura a asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral. Si actualmente no se encuentra inscrito en un seguro odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, puede inscribirse como asociado + cónyuge/pareja o asociado + familia como resultado del cambio en la clasificación laboral, hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta un evento de cambio de estado válido. No puede elegir la cobertura para asociado únicamente o para asociado + hijos como resultado del cambio de clasificación laboral porque ya era elegible para esos tipos de cobertura como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal. • Se lo inscribe automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. • Es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad de largo plazo (LTD) o plan por LTD para conductores de camión, según corresponda. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener información.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O ASOCIADOS TEMPORALES QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Ha mantenido el empleo de manera continua durante menos de 52 semanas.	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe por Internet, la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de inscripción. Si lo hace llamando a Servicios al Personal, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Una vez que se inscriba, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva. Es elegible para inscribirse en el seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, de vida opcional para asociados y para dependientes, por enfermedades críticas, contra accidentes y por discapacidad de largo plazo (LTD) o por LTD para conductores de camión, según corresponda. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener información. Se lo inscribe automáticamente en el seguro de vida pagado por la compañía a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o para dependientes durante el período de inscripción después de su transición de estado: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Cuando usted se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá completar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. Se lo inscribe automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Es elegible para inscribirse en el plan por discapacidad de largo plazo (LTD) o plan por LTD para conductores de camión, según corresponda. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener información.

ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Ha mantenido el empleo de manera continua durante más de 90 días.	<ul style="list-style-type: none"> El monto máximo que puede seleccionar para la cobertura de seguro de vida opcional para asociados aumenta de \$200,000 a \$1,000,000. (Si aumenta su cobertura, debe presentar un comprobante de buena salud; la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de aprobación de Prudential). Los términos de su cobertura por discapacidad de corto plazo cambian de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Se lo inscribe automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Su elegibilidad para la cobertura conforme al plan por discapacidad de corto plazo para asociados por hora finaliza a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. (Esto incluye la cobertura básica y mejorada por discapacidad de corto plazo, y se aplica si ya contaba con una cobertura del plan o si estaba a la espera del comienzo de la cobertura). Si eligió la cobertura por discapacidad de largo plazo (LTD) o LTD para conductores de camión durante su período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en que ocurre la transición.
Ha mantenido el empleo de manera continua durante menos de 90 días.	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura entra en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o la fecha de inscripción, según sea su elección o la manera en que se inscriba: <ul style="list-style-type: none"> Si se inscribe por Internet, la cobertura se hace efectiva a partir de la fecha de inscripción. Si lo hace llamando a Servicios al Personal, puede elegir que la cobertura entre en vigencia el primer día del período de pago en el cual ocurre la transición o en la fecha de inscripción. Una vez que se inscriba, las primas se deducirán de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva. Es elegible para inscribirse en el seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, de vida opcional para asociados y para dependientes, por discapacidad de largo plazo (LTD) o por LTD para conductores de camión, por enfermedades críticas y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o para dependientes durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Cuando usted se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá completar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. Los términos de su cobertura por discapacidad de corto plazo cambian de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Se lo inscribe automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, según corresponda, a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Su elegibilidad para la cobertura conforme al plan por discapacidad de corto plazo para asociados por hora o por discapacidad de corto plazo para conductores de camión finaliza a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. (Esto incluye la cobertura básica y mejorada por discapacidad de corto plazo, y se aplica si ya contaba con una cobertura del plan o si estaba a la espera del comienzo de la cobertura).

GERENTES DEL CENTRO DE VISIÓN DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A TAREAS GERENCIALES	
	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
	<ul style="list-style-type: none"> Los términos de su cobertura por discapacidad de corto plazo cambian de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Se lo inscribe automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Su elegibilidad para la cobertura conforme al plan por discapacidad de corto plazo para asociados por hora finaliza a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. (Esto incluye la cobertura básica y mejorada por discapacidad de corto plazo, y se aplica si ya contaba con una cobertura del plan o si estaba a la espera del comienzo de la cobertura).

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Dentro de los 60 días de su fecha de contratación y antes de inscribirse para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los términos de sus planes de beneficios como asociado de tiempo completo pagado por hora suelen entrar en vigencia a partir de la fecha de su transición de estado. Puede obtener información detallada sobre los beneficios disponibles para los asociados de tiempo completo pagados por hora en las tablas de Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral que aparecen antes en este capítulo. Las primas se deducen de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva de la cobertura. La cobertura por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o por discapacidad de corto plazo para conductores de camión se cancela a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Se lo inscribe automáticamente en la cobertura mejorada por discapacidad de corto plazo para asociados por hora a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad requeridos por ley. (Los asociados de Nueva York quedan inscritos automáticamente en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York). Consulte el capítulo Discapacidad de corto plazo para asociados pagados por hora para obtener más información. Es elegible para inscribirse en el plan de discapacidad de largo plazo. Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados o para dependientes: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Cuando usted se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja, según corresponda. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential.
Dentro de los 60 días de su fecha de contratación y después de inscribirse para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los términos de sus planes de beneficios como asociado de tiempo completo pagado por hora suelen entrar en vigencia a partir de la fecha de su transición de estado. Puede obtener información detallada sobre los beneficios disponibles para los asociados de tiempo completo pagados por hora en las tablas de Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral que aparecen antes en este capítulo. Las primas se deducen de su cheque de pago a partir de la fecha efectiva de su cobertura por cualquier nueva elección de beneficio que realice. Para los planes de beneficios en los que ya está inscrito, las primas se ajustarán a su estado como asociado de tiempo completo pagado por hora después de impuestos retroactivamente a la fecha de su transición de estado. Los montos del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducen a \$200,000. Si no estaba inscrito en un seguro de vida opcional para asociados o para dependientes y opta por inscribirse en cualquiera de los planes después de su transición de estado: <ul style="list-style-type: none"> El monto de emisión garantizada entra en vigencia a partir de la fecha de inscripción. Cuando usted se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja, según corresponda. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. La cobertura por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o por discapacidad de corto plazo para conductores de camión se cancela a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. Se lo inscribe automáticamente en la cobertura mejorada por discapacidad de corto plazo para asociados por hora a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad requeridos por ley. (Los asociados de Nueva York quedan inscritos automáticamente en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York). Consulte el capítulo Discapacidad de corto plazo para asociados pagados por hora para obtener más información. Es elegible para inscribirse en el plan de discapacidad de largo plazo.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA (CONTINUACIÓN)	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Más de 60 días después de su fecha de contratación	<p>Si actualmente está inscrito para obtener beneficios, tiene 60 días para inscribirse nuevamente desde la fecha en que ocurre su transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los términos de sus planes de beneficios como asociado de tiempo completo pagado por hora suelen entrar en vigencia a partir de la fecha de su transición de estado. Puede obtener información detallada sobre los beneficios disponibles para los asociados de tiempo completo pagados por hora en las tablas de Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral que aparecen antes en este capítulo. Puede realizar cambios limitados únicamente en los planes en los que ya está inscrito. No puede agregar ni dar de baja los beneficios hasta el próximo período de inscripción anual o hasta que tenga un evento de cambio de estado válido. Si actualmente no está inscrito para obtener beneficios, no puede inscribirse hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta que tenga un evento de cambio de estado válido. • Los montos del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducen a \$200,000. • Puede inscribirse en un seguro de vida opcional para asociados o dependientes en cualquier momento del año; sin embargo, deberá presentar un comprobante de buena salud si se inscribe o incrementa la cobertura después de que haya terminado el período de inscripción inicial. • La cobertura por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados o por discapacidad de corto plazo para conductores de camión se cancela a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición. • Se lo inscribe automáticamente en la cobertura mejorada por discapacidad de corto plazo para asociados por hora a partir del primer día del período de pago en que ocurre la transición, a menos que trabaje en los estados de California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, los cuales tienen planes por discapacidad requeridos por ley. (Los asociados de Nueva York quedan inscritos automáticamente en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York). Si no se había inscrito para los beneficios antes del cambio de estado, su cobertura conforme al plan por LTD no entrará en vigencia hasta que se cumplan 12 meses desde la fecha de contratación. Consulte los capítulos Discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora y Discapacidad de largo plazo para obtener más información.

ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O TEMPORALES	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Ha cumplido con el período de espera de elegibilidad y era elegible para la cobertura conforme al Plan inmediatamente antes de su transición	<ul style="list-style-type: none"> • Si está inscrito en la cobertura de seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes, el tipo de cobertura se ajusta de manera automática a únicamente asociado o asociado + hijos (según si tiene dependientes cubiertos) y entra en vigencia a partir del primer día del período de pago en el que tuvo lugar la transición. La cobertura de asociado + cónyuge/pareja y asociado + familia no se encuentra disponible para asociados de tiempo parcial. • Las coberturas de seguro de vida pagado por la compañía para dependientes para cónyuge/ pareja y de discapacidad se cancelan a partir del primer día del período de pago después de que ocurre la transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía y su seguro de vida para dependientes en pólizas individuales.

ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O TEMPORALES	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
NO cumplió con el período de espera de elegibilidad	<p>Tiene 60 días para inscribirse a partir del primer día del período de pago en que tuvo lugar la transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura entra en vigencia de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se inscribe por Internet o llamando a Servicios al Personal en el período de 60 días, pero antes del primer día del mes en el que se cumple el día 89 de empleo continuo, la fecha efectiva es el primer día del mes calendario en el cual cae el día 89 de su empleo continuo. – Si se inscribe por Internet en el período de 60 días, pero después del primer día del mes en el que se cumple el día 89 de empleo continuo, la fecha efectiva es la fecha de inscripción. Sin embargo, si se inscribe llamando a Servicios al Personal, podrá elegir que sus beneficios entren en vigencia el primer día del mes en el que se cumple el día 89 de empleo continuo. • Las primas pueden deducirse de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva de la cobertura si se inscribe después de los 90 días de empleo continuo. • Es elegible para inscribirse en el seguro médico, odontológico, oftalmológico, por AD&D, de vida opcional para asociados y para hijos dependientes, por enfermedades críticas y contra accidentes. Consulte los capítulos respectivos de esta Descripción Resumida del Plan para obtener más información. • Si se inscribe en el seguro de vida opcional para asociados durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> – El monto de emisión garantizada entra en vigencia el día en que se inscribe o la fecha de elegibilidad, lo que ocurra más tarde. – Si se inscribe por más que el monto de la emisión garantizada, deberá completar un comprobante de buena salud. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. • Si se inscribió en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora durante el período de inscripción inicial, pero aún no se cumplen los 12 meses desde la fecha de contratación, la cobertura del plan no entrará en vigencia hasta esa fecha. • Si se inscribe en el plan por LTD o en el plan mejorado por LTD durante el período de inscripción inicial, la cobertura no entrará en vigencia. • Es elegible para inscribirse en las coberturas de asociado únicamente o asociado + hijos.

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SON TRANSFERIDOS A PUESTOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA O TEMPORALES	
Su estado en la transición	Fechas efectivas y detalles de la cobertura
Se encuentra dentro de los 60 días desde su fecha de contratación, pero no está inscrito para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede obtener información detallada sobre los beneficios para los asociados de tiempo parcial pagados por hora y para los temporales en las tablas Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral que aparecen antes en este capítulo. • Las primas se deducen de su cheque de pago después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva de la cobertura. • Las coberturas de seguro de vida pagado por la compañía y por discapacidad se cancelan a partir del primer día del período de pago después de que ocurre la transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual.
Se encuentra dentro de los 60 días desde su fecha de contratación y no está inscrito para los beneficios	<p>Tiene 60 días para inscribirse nuevamente desde la fecha en que ocurre la transición de su estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede obtener información detallada sobre los beneficios para los asociados de tiempo parcial pagados por hora y para los temporales en las tablas Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral que aparecen antes en este capítulo. • Las primas se ajustarán a su nueva elección de beneficios después de impuestos retroactivamente a la fecha efectiva de la cobertura. • Los montos del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducirán a \$200,000. • Las coberturas de seguro de vida pagado por la compañía, opcional para dependientes para cónyuge/pareja y de discapacidad se cancelarán a partir del primer día del período de pago después de que ocurre la transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía y su seguro de vida para dependientes en pólizas individuales.
Más de 60 días desde de su fecha de contratación	<p>Si actualmente está inscrito para obtener beneficios, tiene 60 días para inscribirse nuevamente desde la fecha en que ocurre su transición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los términos de sus planes de beneficios como asociado de tiempo parcial pagado por hora o asociado temporal entran en vigencia a partir de la fecha de su transición. Puede obtener información detallada sobre los beneficios para los asociados de tiempo parcial pagados por hora y para los temporales en las tablas Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral que aparecen antes en este capítulo. Puede realizar cambios limitados únicamente en los planes en los que ya está inscrito. No puede agregar ni dar de baja los beneficios hasta el próximo período de inscripción anual o hasta que tenga un evento de cambio de estado válido. • Los montos del seguro de vida opcional para asociados superiores a \$200,000 se reducen a \$200,000. • Las coberturas de seguro de vida pagado por la compañía, opcional para dependientes para cónyuge/pareja y de discapacidad se cancelarán a partir del primer día del período de pago después de que ocurre la transición. Puede convertir su seguro de vida pagado por la compañía y su seguro de vida para dependientes en pólizas individuales. <p>Si actualmente no está inscrito para obtener beneficios, no puede inscribirse hasta el próximo período de Inscripción Anual o hasta que tenga un evento de cambio de estado válido.</p>

Tiene 60 días a partir de la fecha de transición a un puesto de asociado de tiempo parcial pagado por hora, asociado temporal o conductor de camión de tiempo parcial para optar por otra cobertura médica disponible para usted o sus dependientes conforme al Plan. No puede dar de baja la cobertura médica, odontológica, oftalmológica, por AD&D, por enfermedades críticas o contra accidentes para usted o sus hijos dependientes durante el año del Plan. Si opta por no cambiar la cobertura dentro de los 60 días del período de inscripción, seguirá con la misma opción de cobertura médica de tiempo completo que no incluye la cobertura de su cónyuge/pareja. Puede cambiar sus opciones durante cualquier período de Inscripción Anual futuro o como resultado de un evento de cambio de estado.

Órdenes de cobertura médica para menores (QMCSO)

Una QMCSO es una orden emitida por un organismo administrativo o un tribunal que exige que un asociado, padre/madre o tutor brinde cobertura de atención médica para sus dependientes elegibles después de un divorcio o proceso legal de colocación de niños en custodia. La ley federal exige que el Plan otorgue beneficios médicos, odontológicos u oftalmológicos a todo dependiente elegible de un participante del Plan exigidos a través de una orden del tribunal que reúne los requisitos de una QMCSO.

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

Una vez que el Plan determina que una orden es una QMCSO, la cobertura comienza el primer día del período de pago en que el Plan recibe la orden, a menos que en la orden se especifique otra fecha. Si usted es elegible para el plan médico, odontológico u oftalmológico y no optó por cobertura antes de la recepción de la orden, se lo inscribirá en el Plan Premier predeterminado 2020 con la cobertura para asociado + hijos en la tarifa de tabaco, a menos que QMCSO especifique lo contrario. Si está en el estado de Hawái, el plan predeterminado es el Plan de Salud Hawái (Health Plan Hawaii, HMSA). Si se encuentra en un lugar donde se ofrece el Plan eComm PPO, el plan predeterminado es el Plan Saver.

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

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

Tiene 60 días para llamar al Servicio de Apoyo Médico al **877-930-5607** para elegir un plan médico alternativo.

Si el Plan recibe una QMCSO 61 a 90 días antes de que usted complete el período de espera inicial, la orden entrará en vigencia cuando se cumpla su período de espera inicial. Si el Plan recibe una QMCSO más de 90 días antes de que usted complete el período de espera inicial, la orden se retendrá hasta que la cobertura entre en vigor. Cuando el administrador de la red subcontratado implementa la cobertura para un dependiente que ordena un tribunal, la información relacionada con el dependiente solo se compartirá con el custodio legal. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de Apoyo Médico al **877-930-5607**.

BAJA O CAMBIO DE LA COBERTURA DE LA QMCSO

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

- La QMCSO es finalizada por una orden de un tribunal o agencia administrativa; debe solicitar su cambio dentro de los 60 días.
- La QMCSO se rescinde a través de una orden judicial o de una agencia administrativa.
- Un hijo que es objeto de la orden del tribunal alcanza la edad indicada en el estado que emite la orden del tribunal para la terminación de la cobertura. Comuníquese con el organismo para el cumplimiento del sustento de menores de su estado para obtener más detalles.

Si la QMCSO se termina o se rescinde mediante una orden judicial o de una agencia administrativa, la cobertura por orden judicial finalizará en la fecha que se especifica en la orden o el primer día del período de pago en la que el Plan recibe la orden. Si se recibe la orden para rescindir la cobertura, esta se cancelará de manera retroactiva y usted volverá a tener la cobertura que tenía antes de que se implementara la QMCSO en la medida permitida por la ley.

Cuando finaliza una QMCSO, puede abandonar la cobertura médica, odontológica u oftalmológica para los niños nombrados en la QMCSO. Sin embargo, no puede dar de baja su propia cobertura ni la cobertura de los dependientes agregados voluntariamente después de que la QMCSO entre en vigencia, a menos que usted o su hijo tengan un cambio de estado, o durante el período de Inscripción Anual. No puede dar de baja la cobertura odontológica de asociado durante el período de Inscripción Anual ni debido a un evento de cambio de estado, a menos que haya tenido cobertura durante dos años calendario completos.

Cuándo finaliza su cobertura del Plan

La cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Asociados para usted y para sus dependientes finaliza cuando se presente la primera de las siguientes situaciones:

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

Las deducciones de las primas se retienen de su cheque de pago final, ya que con las deducciones se paga la cobertura que tuvo durante las dos semanas anteriores.

Elegibilidad y beneficios para los asociados en Hawái

Períodos de espera de elegibilidad para la cobertura médica	40
Opciones de cobertura médica para los asociados de Hawái	40
Pago de primas durante un permiso de ausencia para los asociados de Hawái	40
Inscripción y fechas efectivas para los asociados de Hawái	41

Elegibilidad y beneficios para los asociados en Hawái

Como trabaja en Hawái, existen algunas normas especiales sobre los beneficios médicos y de discapacidad de corto plazo. Esas diferencias se describen en este capítulo. El resto de información de este *Libro de beneficios para Asociados 2020* se aplica en su caso.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Plan de salud Hawái (HMSA)	Visite hmsa.com	808-948-6372
Plan de Salud de la Fundación Kaiser	Visite kaiserpermanente.org	800-966-5955
Inscribirse en los beneficios de Walmart	Visite One.Walmart.com .	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .
Informar un reclamo conforme al programa de seguro por discapacidad exigido por ley	Visite One.Walmart.com o directamente MyLincolnPortal.com .	Llame a Lincoln al 800-492-5678 .
Notificar a Servicios al Personal dentro de los 60 días posteriores a un evento de cambio de estado	Visite One.Walmart.com .	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 .

Lo que debe saber como asociado de Hawái

- Los asociados en Hawái tienen dos opciones de cobertura médica: Plan de salud Hawái (HMSA) y el Plan de salud de la Fundación Kaiser. Para obtener más información sobre estas opciones médicas, visite [One.Walmart.com](https://www.One.Walmart.com).
- Como Hawái tiene un plan de discapacidad exigido por ley, el plan por discapacidad de corto plazo de la compañía para los asociados pagados por hora no es una opción para los asociados de Hawái.
- Los períodos de elegibilidad inicial para la cobertura varían para los asociados de Hawái en función de su estado de empleo, según se describe en este capítulo.

Períodos de espera de elegibilidad para la cobertura médica

ASOCIADOS GERENCIALES

Si usted es asociado gerencial en Hawái, los términos de elegibilidad descritos en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) se aplican en su caso. Los asociados gerenciales y los asociados gerenciales en formación en Hawái son elegibles para obtener cobertura médica desde la fecha de su contratación. Para obtener información detallada sobre la elegibilidad y la inscripción en todos los beneficios disponibles conforme al Plan de Salud y Bienestar para Asociados, consulte la tabla para asociados gerenciales en la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) del capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA, ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA Y ASOCIADOS TEMPORALES

Si usted es un asociado de tiempo completo pagado por hora (incluidos los farmacéuticos de tiempo completo pagados por hora y los supervisores de campo en tiendas y clubes), o un asociado de tiempo parcial pagado por hora o un asociado temporal en Hawái, está sujeto a las normas exigidas por ley que rigen la elegibilidad para la cobertura médica. Para los beneficios que no sean médicos, cumple con los términos de elegibilidad descritos en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#). Para obtener información detallada, consulte la tabla correspondiente en [Inscripción y fechas efectivas para los asociados de Hawái](#) que aparece más adelante en este capítulo.

Opciones de cobertura médica para los asociados de Hawái

Los asociados en Hawái tienen dos opciones de cobertura:

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

Para obtener más detalles sobre estas opciones médicas, visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Pago de primas durante un permiso de ausencia para los asociados de Hawái

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

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

Inscripción y fechas efectivas para los asociados de Hawái

ASOCIADOS DE TIEMPO COMPLETO PAGADOS POR HORA	
Incluye a los farmacéuticos de tiempo completo pagados por hora y a los supervisores de campo en tiendas y clubes	
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas
Médico	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura entra en vigencia cuando se produzca el primer evento de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer día del período de pago después de un período de trabajo de al menos 20 horas por semana durante cuatro semanas consecutivas. • El primer día del mes calendario en el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.
Odontológico (la inscripción es por dos años calendarios) Oftalmológico Seguro por enfermedades críticas Seguro contra accidentes AD&D	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hace efectiva el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.</p>
Seguro de vida pagado por la compañía	Se lo inscribirá automáticamente el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.
Recursos para la vida (Resources for Living) Seguro de viajero durante viajes de negocios	Se lo inscribe automáticamente en la fecha de contratación.
Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si se inscribe durante el período de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monto de emisión garantizada entra en vigencia en la fecha de inscripción o el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo, lo que ocurra último. • Cuando se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Después de la aprobación de Prudential, su cobertura entrará en vigencia en la fecha de aprobación de Prudential o el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo, lo que ocurra último. <p>Si se inscribe después del período de inscripción inicial: Se puede inscribir en la cobertura o darla de baja en cualquier momento del año, pero es necesario presentar un comprobante de buena salud para inscribirse o extender la cobertura en cualquier momento después del período de inscripción inicial. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential.</p>
Plan de LTD Plan de LTD mejorado	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha de su primer cheque de pago y el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia cuando se cumplan 12 meses.</p> <p><i>Si se inscribe después del período de inscripción inicial, la cobertura entra en vigencia 12 meses después de la fecha de inscripción o, en caso de un cambio de estado, 12 meses después de la fecha del evento.</i></p>

NOTA: Las elecciones de beneficios antes de impuestos que haga permanecen efectivas a lo largo de todo el año del Plan (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), a menos que tenga un evento de cambio de estado reconocido por las reglamentaciones del IRS.

ASOCIADOS DE TIEMPO PARCIAL PAGADOS POR HORA Y ASOCIADOS TEMPORALES		
Plan	Períodos de inscripción y fechas efectivas	
<p>Médico*</p> <p>* Los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales en Hawái no están sujetos a los requisitos descritos en Asociados temporales y de tiempo parcial pagados por hora: controles de elegibilidad para la cobertura médica en el capítulo Elegibilidad e inscripción.</p>	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura entra en vigencia cuando se produzca el primer evento de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer día del período de pago después de un período de trabajo de al menos 20 horas por semana durante cuatro semanas consecutivas. • El primer día del mes calendario en el cual se cumple su día 89 de empleo continuo. 	<p>NOTA: Las elecciones de beneficios antes de impuestos que haga permanecen efectivas a lo largo de todo el año del Plan (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), a menos que tenga un evento de cambio de estado reconocido por las reglamentaciones del IRS.</p>
<p>Odontológico (la inscripción es por dos años calendarios)</p> <p>Oftalmológico</p> <p>Seguro por enfermedades críticas</p> <p>Seguro contra accidentes</p> <p>AD&D</p>	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse en la cobertura entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura: Su cobertura se hace efectiva el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo.</p>	
<p>Recursos para la vida (Resources for Living)</p> <p>Seguro de viajero durante viajes de negocios</p>	<p>Se lo inscribe automáticamente en la fecha de contratación.</p>	
<p>Seguro de vida opcional para asociados</p> <p>Seguro de vida opcional para dependientes</p>	<p>Período de inscripción inicial: Debe inscribirse entre la fecha del primer cheque de pago y el día previo a la fecha efectiva.</p> <p>Cuándo entra en vigencia la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se inscribe durante el período de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> – El monto de emisión garantizada entra en vigencia en la fecha de inscripción o el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo, lo que ocurra último. – Cuando se inscribe por más que el monto de emisión garantizada, deberá presentar un comprobante de buena salud para usted o su cónyuge/pareja. Después de la aprobación de Prudential, su cobertura entrará en vigencia en la fecha aprobación de Prudential o el primer día del mes calendario durante el cual se cumple su día 89 de empleo de tiempo completo continuo, lo que ocurra último. • Si se inscribe después del período de inscripción inicial: Se puede inscribir en la cobertura o darla de baja en cualquier momento del año, pero es necesario presentar un comprobante buena salud para inscribirse o extender la cobertura en cualquier momento después del período de inscripción inicial. Su cobertura entra en vigencia después de la fecha de aprobación de Prudential. 	

NOTA: Los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales solo pueden agregar a la cobertura a sus hijos dependientes elegibles, pero no a sus cónyuges/parejas. La cobertura por discapacidad y el seguro de vida pagado por la compañía no están disponibles para los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los asociados temporales.

Asociados gerenciales: Consulte la tabla para asociados gerenciales en la sección [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) del capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

El plan médico

Plan Médico para Asociados (AMP)	46
Opciones de planes nacionales	46
Opciones de planes locales	50
Opciones de planes de la HMO	53
El Plan eComm PPO	53
Plan Premier de Walmart	54
Plan de Contribución de Walmart	57
Plan de Ahorro de Walmart	61
Planes locales	65
Administración del AMP	66
Qué está cubierto por el AMP	66
Su red de proveedores	68
Redes de proveedores alternativas	69
Programa de atención preventiva	70
Notificación previa	72
Autorización previa	73
Asistencia en el control de su salud	73
Clínicas de Walmart	75
Centros de Excelencia	76
Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP	81
Qué no está cubierto por el AMP	85
Presentación de un reclamo médico	87
Si tiene cobertura conforme a más de un plan médico	88
Suspensión de la cobertura	89
Cuándo finaliza la cobertura	90
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	90
Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse	90
Otra información acerca del plan médico	90

El plan médico

RECURSOS			
Encuentre lo que necesita	En línea	Por teléfono: Asesor de atención de la salud	Otros recursos
Aetna	Ingrese a One.Walmart.com o a aetna.com	855-548-2387	Aetna 151 Farmington Avenue Hartford, Connecticut 06156
BlueAdvantage Administrators of Arkansas	Ingrese a One.Walmart.com o a blueadvantagearkansas.com	866-823-3790	BlueAdvantage Administrators of Arkansas P.O. Box 1460 Little Rock, Arkansas 72203-1460
Grand Rounds (Administración en Carolina del Norte y Carolina del Sur para BlueAdvantage Administrators of Arkansas)		855-377-2200 Asistente personal de salud	
HealthSCOPE Benefits	Ingrese a One.Walmart.com o a healthscopebenefits.com	800-804-1272 877-385-8786 Asistencia sanitaria telefónica extendida en MN, CO y WI	HealthSCOPE Benefits P.O. Box 16367 Lubbock, Texas 79490-6367
UnitedHealthcare	Ingrese a One.Walmart.com o a myuhc.com	888-285-9255	UnitedHealthcare P.O. Box 30555 Salt Lake City, Utah 84130-0555
Solicitar una copia impresa del Libro de <i>Beneficios para Asociados 2020</i>		Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362.	

Lo que debe saber sobre los beneficios médicos

- Si reúne los requisitos para recibir la cobertura del Plan Médico para Asociados (Associates' Medical Plan, AMP), puede elegir uno de los diversos planes nacionales o locales disponibles. Este capítulo describe las opciones que ofrecen estos planes y los lugares en los que se encuentran disponibles.
- Los servicios de atención preventiva elegibles se pagan al 100 % sin deducibles, cuando se reciben de cualquier proveedor de la red.
- Las opciones del plan no tienen límites máximos de dólares anuales o de por vida y no tienen limitaciones en condiciones preexistentes.
- Todas las opciones del plan brindan acceso a una red de proveedores. Según su plan y la ubicación de su trabajo, algunas opciones ofrecen cobertura fuera de la red.
- De acuerdo con la opción médica que elija, puede reunir los requisitos para recibir fondos a través de una cuenta de reembolso para la salud (Health Reimbursement Account, HRA), que puede usar para cubrir los gastos médicos elegibles, o a través de una empresa vinculada a sus contribuciones libres de impuestos en una cuenta de ahorro de salud (Health Savings Account, HSA), que puede guardar o usar para cubrir los gastos médicos elegibles.
- Los planes de la Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) se ofrecen en áreas específicas. Consulte a su representante de personal para averiguar si hay una HMO disponible en su área y para solicitar información sobre el plan HMO.
- El Plan eComm PPO (eComm PPO Plan) se ofrece en algunos lugares. Si el Plan eComm PPO se encuentra disponible en su lugar de trabajo, los beneficios del plan se describen en el material que proporciona por separado Aetna, el administrador de la red subcontratado del plan.
- El AMP ofrece cobertura para medicamentos recetados mediante el beneficio farmacéutico. Para obtener más información, consulte el capítulo [Beneficio farmacéutico](#).
- Si se inscribe en el Plan Premier y tiene un saldo en la Cuenta de reembolso para la salud (HRA) asociada con la opción del Plan de HRA mencionada anteriormente, puede usar los fondos restantes para algunos propósitos hasta fines de 2021, siempre y cuando permanezca inscrito en el Plan Premier.

Plan Médico para Asociados (AMP)

Si reúne los requisitos para inscribirse en el AMP, puede elegir entre varias opciones disponibles conforme al AMP. Las opciones específicas disponibles dependen de su lugar de trabajo. Por lo general, hay tres opciones disponibles en todo el país: el Plan Premier de Walmart (Walmart Premier Plan), el Plan de Contribución de Walmart (Walmart Contribution Plan) y el Plan de Ahorro de Walmart (Walmart Saver Plan). Las condiciones de estas opciones a nivel nacional varían de acuerdo con el área geográfica específica, tal como se describe a continuación. Las opciones de planes locales también están disponibles en determinadas regiones. Todas las opciones con las que cuenta se describen en este capítulo.

Si trabaja en Hawái, consulte el capítulo [Elegibilidad y beneficios para asociados en Hawái](#).

ELEGIR UN NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe en el AMP, también debe seleccionar su nivel de cobertura de acuerdo con el dependiente elegible, si corresponde, al que desea brindarle cobertura:

- únicamente asociado
- asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial);
- asociado + hijos
- asociado + familia (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes y sobre cuándo se los puede inscribir, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Opciones de planes nacionales

Los cuadros que figuran en las siguientes páginas resumen la cobertura que se ofrece en función de las opciones de cobertura del AMP.

De acuerdo con el AMP, puede acceder a los siguientes planes nacionales: Plan Premier, Plan de Contribución y Plan de Ahorro. De acuerdo con cada una de estas opciones, los términos de cada plan para la mayoría de las áreas del país se resumen en los cuadros que figuran a la izquierda en las páginas siguientes.

Si participa en el Plan Premier, Plan de Contribución o Plan Saver y su lugar de trabajo se encuentra dentro de ciertas áreas geográficas, según se indica a continuación, estos planes nacionales tienen términos ligeramente diferentes de los términos de las opciones de planes nacionales disponibles en la mayoría de áreas de todo el país. Estas condiciones diferentes se aplican si trabaja en alguna de las siguientes áreas:

- **Florida Central (incluido Orlando y Tampa)**

- Los condados que se incluyen dentro de esta área son: Brevard, Citrus, Hernando, Hillsborough, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Northern Sarasota (solo en el área de Sarasota), Seminole, Sumter y Volusia.

- **Dallas/Fort Worth**

- Los condados que se incluyen dentro de esta área son: Collin, Dallas, Denton, Ellis, Hunt, Johnson, Kaufman, Parker, Rockwall, Tarrant y Wise.

- **Noroeste de Arkansas**

- Los condados que se incluyen dentro de esta área son: Benton, Madison y Washington.

Siempre que en este capítulo se haga referencia a "Florida Central, Dallas/Fort Worth y noroeste de Arkansas" se hará referencia a los condados indicados, respectivamente.

Las condiciones de las opciones de planes nacionales disponibles en Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas se resumen en los cuadros que figuran a la derecha en las páginas siguientes.

PLAN PREMIER DE WALMART		BENEFICIOS DEL PLAN PREMIER (asociados que trabajen en FL Central, Dallas/Fort Worth, el noroeste de AR)	
BENEFICIOS DEL PLAN PREMIER		BENEFICIOS DEL PLAN PREMIER (asociados que trabajen en FL Central, Dallas/Fort Worth, el noroeste de AR)	
Deducible anual (individual/familiar) • Dentro de la red • Fuera de la red	\$2,750/\$5,500 \$5,500/\$11,000	Deducible anual (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro de la red)	\$2,750/\$5,500
Gasto máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red • Fuera de la red	\$6,850/\$13,700 Ninguno	Gasto máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro de la red)	\$6,850/\$13,700
Atención preventiva elegible • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	Atención preventiva elegible • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % (sin deducible) Sin cobertura
Consultas al médico <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Atención médica primaria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Especialista • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 50 % después del deducible 100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible	Consultas al médico <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Atención médica primaria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Especialista • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$35 Sin cobertura 100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura
Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$4 N/D	Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$4 N/D
• Atención de urgencia • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 50 % después del deducible	• Atención de urgencia • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$75 Sin cobertura
Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes IRM, TC • Proveedor dentro de la red alternativo • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible	Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes IRM, TC • Proveedor dentro de la red alternativo • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
Hospitalización Atención hospitalaria o ambulatoria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	Hospitalización Atención hospitalaria o ambulatoria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Salud de la conducta Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Pacientes ambulatorios (consultorio del proveedor) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 100 % después de un copago de \$35 por consulta 50 % después del deducible	Salud de la conducta Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Pacientes ambulatorios (consultorio del proveedor) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura 100 % después de un copago de \$35 por consulta Sin cobertura
Visita a la sala de emergencia • Proveedor de red Para obtener información sobre la cobertura de proveedores fuera de la red, consulte la sección Plan Premier más adelante en este capítulo.	100 % después del deducible y copago de \$300	Visita a la sala de emergencia • Proveedor de red Para obtener información sobre la cobertura de proveedores fuera de la red, consulte la sección Plan Premier más adelante en este capítulo.	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico .	Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico .
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.	Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.
Walmart Care Clinic y Walmart Health	Consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.	Walmart Care Clinic y Walmart Health	Consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.
<i>No se pagará ningún beneficio para servicios que se brinden fuera de la red excepto los servicios de emergencia.</i>			

PLAN DE CONTRIBUCIÓN DE WALMART		BENEFICIOS DEL PLAN DE CONTRIBUCIÓN (asociados que trabajen en FL Central, Dallas/Fort Worth, el noroeste de AR)	
BENEFICIOS DEL PLAN DE CONTRIBUCIÓN		BENEFICIOS DEL PLAN DE CONTRIBUCIÓN (asociados que trabajen en FL Central, Dallas/Fort Worth, el noroeste de AR)	
Deducible anual (individual/familiar) • Dentro de la red • Fuera de la red	\$1,750/\$3,500 \$3,500/\$7,000	Deducible anual (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro de la red)	\$1,750/\$3,500
Fondos proporcionados por Walmart (individual/familiar)	\$250/\$500 Contribución máxima de la compañía a la HRA	Fondos proporcionados por Walmart (individual/familiar)	\$250/\$500 Contribución máxima de la compañía a la HRA
Gasto máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red • Fuera de la red	\$6,850/\$13,700 Ninguno	Gasto máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro de la red)	\$6,850/\$13,700
Atención preventiva elegible • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	Atención preventiva elegible • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % (sin deducible) Sin cobertura
Consultas al médico <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Atención médica primaria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Especialista • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 75 % después del deducible 50 % después del deducible	Consultas al médico <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Atención médica primaria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Especialista • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura 75 % después del deducible Sin cobertura
Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$4 N/D	Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después de un copago de \$4 N/D
• Atención de urgencia • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	• Atención de urgencia • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes IRM, TC • Proveedor dentro de la red alternativo • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible	Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes IRM, TC • Proveedor dentro de la red alternativo • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
Hospitalización Atención hospitalaria o ambulatoria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	Hospitalización Atención hospitalaria o ambulatoria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Salud de la conducta Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Pacientes ambulatorios (consultorio del proveedor) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 75 % después del deducible 50 % después del deducible	Salud de la conducta Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Pacientes ambulatorios (consultorio del proveedor) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura 75 % después del deducible Sin cobertura
Visita a la sala de emergencia • Proveedor de red Para obtener información sobre la cobertura de proveedores fuera de la red, consulte la sección Plan Premier más adelante en este capítulo.	100 % después del deducible y copago de \$300	Visita a la sala de emergencia • Proveedor de red Para obtener información sobre la cobertura de proveedores fuera de la red, consulte la sección Plan Premier más adelante en este capítulo.	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico .	Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico .
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.	Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.
Walmart Care Clinic y Walmart Health	Consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.	Walmart Care Clinic y Walmart Health	Consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.
<i>No se pagará ningún beneficio para servicios que se brinden fuera de la red excepto los servicios de emergencia.</i>			

PLAN DE AHORRO DE WALMART		BENEFICIOS DEL PLAN DE AHORRO (asociados que trabajen en FL Central, Dallas/Fort Worth, el noroeste de AR)	
BENEFICIOS DEL PLAN DE AHORRO		BENEFICIOS DEL PLAN DE AHORRO (asociados que trabajen en FL Central, Dallas/Fort Worth, el noroeste de AR)	
Deducible anual (individual/familiar) • Dentro de la red • Fuera de la red	\$3,000/\$6,000 \$6,000/\$12,000	Deducible anual (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$3,000/\$6,000
Fondos proporcionados por Walmart (individual/familiar)	\$350/\$700 Contribución paralela máxima de la compañía a la HSA	Fondos proporcionados por Walmart (individual/familiar)	\$350/\$700 Contribución paralela máxima de la compañía a la HSA
Gasto máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red • Fuera de la red	\$6,650/\$13,300 Ninguno	Gasto máximo anual en efectivo (individual/familiar) • Dentro de la red (beneficios solo para proveedores dentro la red)	\$6,650/\$13,300
Atención preventiva elegible • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % (sin deducible) 50 % (sin deducible)	Atención preventiva elegible • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % (sin deducible) Sin cobertura
Consultas al médico <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Atención médica primaria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Especialista • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 75 % después del deducible 50 % después del deducible	Consultas al médico <i>Incluye pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Atención médica primaria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Especialista • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura 75 % después del deducible Sin cobertura
Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después del deducible y copago de \$4 N/D	Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	100 % después del deducible y copago de \$4 N/D
• Atención de urgencia • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	• Atención de urgencia • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i> • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes IRM, TC • Proveedor dentro de la red alternativo • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 50 % después del deducible	Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes IRM, TC • Proveedor dentro de la red alternativo • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible Sin cobertura
Hospitalización Atención hospitalaria o ambulatoria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible	Hospitalización Atención hospitalaria o ambulatoria • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura
Salud de la conducta Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Pacientes ambulatorios (consultorio del proveedor) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible 50 % después del deducible 75 % después del deducible 50 % después del deducible	Salud de la conducta Pacientes hospitalizados y ambulatorios (centro) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red Pacientes ambulatorios (consultorio del proveedor) • Proveedor de red • Proveedor fuera de la red	75 % después del deducible Sin cobertura 75 % después del deducible Sin cobertura
Visita a la sala de emergencia • Proveedor de red Para obtener información sobre la cobertura de proveedores fuera de la red, consulte la sección Plan Premier más adelante en este capítulo	100 % después del deducible y copago de \$300	Visita a la sala de emergencia • Proveedor de red Para obtener información sobre la cobertura de proveedores fuera de la red, consulte la sección Plan Premier más adelante en este capítulo	100 % después del deducible y copago de \$300
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico .	Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico .
Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.	Centros de Excelencia	Consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.
Walmart Care Clinic y Walmart Health	Consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.	Walmart Care Clinic y Walmart Health	Consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.
No se pagará ningún beneficio para servicios que se brinden fuera de la red excepto los servicios de emergencia.			

Opciones de planes locales

Las opciones de planes locales están disponibles en las regiones designadas que se indican a continuación:

PLAN LOCAL	DISPONIBLE PARA ASOCIADOS QUE TRABAJEN EN DETERMINADAS ÁREAS	ADMINISTRADOR DE LA RED SUBCONTRATADO
Banner Local Plan	Phoenix, área metropolitana de Arizona	Aetna
Emory Local Plan	Atlanta, área metropolitana de Georgia	HealthSCOPE Benefits
Memorial Hermann Local Plan	Houston, área metropolitana de Texas	HealthSCOPE Benefits
Mercy Arkansas Local Plan	Partes del noroeste de Arkansas y del condado de McDonald, Missouri	HealthSCOPE Benefits
Mercy Oklahoma Local Plan	Área metropolitana de la ciudad de Oklahoma, Ada, y áreas de Ardmore	HealthSCOPE Benefits
Mercy Southwest Missouri (SW MO) Local Plan	Springfield, sudoeste y centro este de Missouri	HealthSCOPE Benefits
Mercy St. Louis Local Plan	Área metropolitana de St. Louis y partes del este de Missouri	HealthSCOPE Benefits
Ochsner Local Plan	Nueva Orleans y Baton Rouge, áreas metropolitanas de Luisiana	HealthSCOPE Benefits
St. Luke's Local Plan	Boise, área metropolitana de Idaho	Aetna
UnityPoint Local Plan	Partes de Iowa, oeste de Illinois y Peoria, área de Illinois	HealthSCOPE Benefits
Select Local Plan	Regiones designadas a nivel nacional	Aetna

Las opciones de planes locales le brindan acceso a grupos de proveedores que ofrecen atención coordinada de manera específica en función de las necesidades para garantizar que reciba la atención de alta calidad adecuada en el momento oportuno. Los acuerdos que se establezcan entre el plan y estos proveedores pueden incluir incentivos financieros para gestionar la atención. Puede obtener información adicional sobre las opciones de planes locales en la sección [Planes locales](#) que figura más adelante en este capítulo.

Los siguientes cuadros resumen la cobertura que se encuentra disponible sujeto a las opciones de planes locales. Salvo en muy pocas excepciones, en las áreas designadas en las que se encuentra disponible una opción de plan local, por lo general, esta reemplazará el Plan de Contribución de Walmart como una opción de cobertura para los asociados que trabajen en esas áreas. En otras palabras, si un plan local está disponible en un área en la que se encuentra su lugar de trabajo, podrá elegir la cobertura del Plan Premier de Walmart, del Plan de Ahorro de Walmart o la opción del plan local disponible, pero en la mayoría de las áreas no podrá elegir la cobertura del Plan de Contribución de Walmart.

Las opciones de planes locales no cubren los servicios que brindan los médicos, los hospitales u otros proveedores fuera de la red de opciones de planes locales, excepto en casos de emergencia.

Para obtener información sobre la cobertura de las opciones de planes locales, consulte los cuadros de resumen que figuran a continuación y la sección [Planes locales](#) más adelante en este capítulo.

BANNER LOCAL PLAN Y MERCY SOUTHWEST MISSOURI (SW MO) LOCAL PLAN	
	Beneficios solo para proveedores de la red Ningún beneficio para los servicios brindados fuera de la red excepto los servicios de emergencia
Deducible anual Únicamente asociado Asociado + dependientes <i>No se aplica a la atención preventiva elegible</i>	\$3,000 \$6,000
Gasto máximo anual en efectivo	\$6,850 por persona \$13,700 máximo por familia
Atención preventiva elegible	100 % No hay deducible
Consultas al médico <i>Incluye radiografías y pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Consulta en el consultorio del médico de atención primaria (PCP) Consulta en el consultorio del especialista* Consulta en el consultorio de especialistas en salud conductual Consulta de urgencia	Copago de \$35 Copago de \$75 Copago de \$35 Copago de \$75
Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i>	75 % después del deducible
Hospitalización Pacientes hospitalizados, ambulatorios	75 % después del deducible
Visita a la sala de emergencia	100 % después del deducible y copago de \$300
Salud de la conducta Paciente hospitalizado y paciente externo <i>Verifique las consultas médicas antes mencionadas</i>	75 % después del deducible
Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand	Copago de \$4
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico para obtener más información.
Centros de Excelencia	Para obtener información detallada, consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.
Walmart Care Clinic y Walmart Health	Para obtener más información, consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.
*El Plan Local Mercy Southwest Missouri (Mercy Southwest Missouri [SW MO] Local Plan) brinda una cobertura limitada para realizar consultas con quiroprácticos en el consultorio. Se aplica un máximo de 10 visitas por año calendario.	

PLANES DE ORGANIZACIONES RESPONSABLES DE LA SALUD DE EMORY, MERCY ARKANSAS, MERCY OKLAHOMA, MERCY ST. LOUIS, ST. LUKE LUKE'S, UNITYPOINT, MEMORIAL HERMANN Y OCHSNER	
	Beneficios solo para proveedores de la red <i>Ningún beneficio para los servicios brindados fuera de la red excepto los servicios de emergencia</i>
Deducible anual Únicamente asociado Asociado + dependientes <i>No se aplica a la atención preventiva elegible</i>	\$1,750 \$3,500
Gasto máximo anual en efectivo	\$6,850 por persona \$13,700 máximo por familia
Atención preventiva elegible	100 % No hay deducible
Consultas al médico <i>Incluye radiografías y pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Consulta en el consultorio del médico de atención primaria (PCP) Consulta en el consultorio del especialista* Consulta en el consultorio de especialistas en salud conductual Consulta de urgencia	Copago de \$35 Copago de \$75 Copago de \$35 Copago de \$75
Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i>	75 % después del deducible
Hospitalización Pacientes hospitalizados, ambulatorios	75 % después del deducible
Visita a la sala de emergencia	100 % después del deducible y copago de \$300
Salud de la conducta Paciente hospitalizado y paciente externo <i>Verifique las consultas médicas antes mencionadas</i>	75 % después del deducible
Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand	Copago de \$4
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico para obtener más información.
Centros de Excelencia	Para obtener información detallada, consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.
Walmart Care Clinic y Walmart Health	Para obtener más información, consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.

* Los Planes Locales de Mercy para Arkansas, Oklahoma y St. Louis ofrecen cobertura limitada para realizar consultas con quiroprácticos en el consultorio. Se aplica un máximo de 10 visitas por año calendario.

SELECT LOCAL PLAN	
	Beneficios solo para proveedores de la red <i>Ningún beneficio para los servicios brindados fuera de la red excepto los servicios de emergencia</i>
Deducible anual Únicamente asociado Asociado + dependientes <i>No se aplica a la atención preventiva elegible</i>	\$2,750 \$5,500
Gasto máximo anual en efectivo	\$6,850 por persona \$13,700 máximo por familia
Atención preventiva elegible	100 % No hay deducible
Consultas al médico <i>Incluye radiografías y pruebas de diagnóstico de rutina realizadas el mismo día en el consultorio del médico</i> Consulta en el consultorio del médico de atención primaria (PCP) Consulta en el consultorio del especialista* Consulta en el consultorio de especialistas en salud conductual Consulta de urgencia	Copago de \$35 Copago de \$75 Copago de \$35 Copago de \$75
Pruebas de diagnóstico <i>Todas las pruebas no preventivas ordenadas o realizadas fuera del consultorio del médico</i>	75 % después del deducible
Hospitalización	75 % después del deducible
Visita a la sala de emergencia	100 % después del deducible y copago de \$300
Salud de la conducta Paciente hospitalizado y paciente externo <i>Verifique las consultas médicas antes mencionadas</i>	75 % después del deducible
Visitas de asesoramiento de la salud por video Doctor On Demand	Copago de \$4
Farmacia	Consulte el capítulo Beneficio farmacéutico para obtener más información.
Centros de Excelencia	Para obtener información detallada, consulte la sección Centros de Excelencia de este capítulo.
Walmart Care Clinic y Walmart Health	Para obtener más información, consulte la sección Walmart Care Clinic y Walmart Health de este capítulo.

Opciones de planes de la HMO

Las opciones de planes de la Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), que están disponibles en algunos lugares, se ofrecen conforme al Plan de Salud y Bienestar para Asociados (Associates' Health and Welfare Plan), pero son independientes del AMP, incluidos los planes nacionales y locales que se ofrecen conforme al AMP. Para saber si una HMO está disponible en su lugar de trabajo, comuníquese con su representante de personal. Si hay alguna disponible, los detalles de la cobertura se describen en los materiales que la HMO proporciona por separado. La HMO puede presentar diferentes términos de elegibilidad y periodos de espera que aquellos que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción** de este Libro de beneficios para asociados. Sin embargo, si hay alguna diferencia entre los términos de elegibilidad de la HMO y los términos de elegibilidad que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**, predominarán los términos de elegibilidad que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Antes de que la cobertura que ofrece la HMO pueda entrar en vigencia, algunas HMO requieren que los participantes acepten un acuerdo de arbitraje, siempre que lo permita la ley. La HMO debe recibir la aceptación de este acuerdo dentro de los 60 días a partir de la inscripción inicial o, de otra forma, la cobertura de la HMO no entrará en vigencia. Si la HMO no recibe la aceptación dentro de los 60 días a partir de la inscripción inicial, no tendrá cobertura médica conforme al plan salvo que presente un evento de cambio de estado válido tal como se describe en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

El Plan eComm PPO

La opción de Plan eComm PPO, que está disponible en algunos lugares, se ofrece conforme al Plan de Salud y Bienestar para Asociados, pero es independiente del AMP, incluidos los planes nacionales y locales que se ofrecen conforme al AMP. Para saber si un Plan eComm PPO está disponible en su lugar de trabajo, comuníquese con su representante de personal. Si está disponible, los detalles de la cobertura se describen en los materiales que proporciona

el administrador de la red subcontratado del Plan eComm PPO por separado. El Plan eComm PPO puede presentar diferentes términos de elegibilidad y períodos de espera que aquellos que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción** de este Libro de beneficios para asociados. Sin embargo, si hay alguna diferencia entre los términos de elegibilidad del Plan eComm PPO y los términos de elegibilidad que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**, predominarán los términos de elegibilidad que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.



En las próximas páginas encontrará descripciones detalladas de las opciones del AMP, como se indica a continuación:

- Los planes nacionales se distinguen entre:
 - los que se aplican a la mayoría de los asociados en todo el país; y
 - los que están disponibles para los asociados que trabajan en las áreas de Florida Central, Dallas/Fort Worth o en el noroeste de Arkansas (*estas secciones aparecen sombreadas*).
- Planes locales

Consulte también los cuadros de resumen que figuran al comienzo de este capítulo para obtener información sobre el costo compartido de cada plan.

Plan Premier de Walmart

COBERTURA DEL PLAN PREMIER

Qué sucede si su lugar de trabajo no se encuentra en Florida Central, Dallas/Fort Worth ni en el noroeste de Arkansas



Esta sección describe la cobertura del Plan Premier en todas las áreas, *excepto* en áreas geográficas específicas de Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas. Consulte la sección **Opciones de planes nacionales** que figura anteriormente en este capítulo para conocer los condados específicos que conforman estas áreas. Consulte la sección **Cobertura del Plan Premier en los lugares de trabajo que se encuentran en las áreas de Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas** que figura más adelante en este capítulo para obtener información sobre la cobertura del Plan Premier si trabaja en esas áreas geográficas específicas.

El Plan Premier le ofrece la posibilidad de pagar las consultas al médico con montos fijos que se conocen como "copagos", tal como se explica a continuación en la sección **Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo**. Si se inscribió en el Plan de HRA en 2019 y tiene un saldo en la Cuenta de reembolso para la salud (HRA) asociada a ese plan, puede usar los

fondos restantes para pagar el copago que se requiere para las visitas al consultorio del médico (de atención primaria o especialista), los servicios de Walmart Care Clinic o Walmart Health, Doctor On Demand o los servicios de atención de urgencia hasta fines de 2021, siempre y cuando permanezca inscrito en la opción del Plan Premier.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan Premier comience a cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos se deben pagar además del deducible anual y no cuentan para el deducible. El Plan Premier tiene un deducible anual aparte en el caso de los servicios que ofrecen los proveedores dentro de la red y los servicios que ofrecen los proveedores fuera de la red. Los montos que paga para alcanzar el deducible anual de los proveedores dentro de la red se aplican al deducible anual de los proveedores fuera de la red y viceversa.

El monto de su deducible se basa en si la cobertura es solo para usted o también para sus dependientes elegibles. Si elige tener cobertura para usted y sus dependientes, los deducibles anuales de los proveedores dentro de la red y fuera de la red se pueden alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilicen los miembros de la familia, pero no se pagará ningún beneficio para ninguna persona que cuente con cobertura hasta que se haya alcanzado el deducible correspondiente por completo. Los siguientes gastos no cuentan para el deducible anual de los proveedores dentro de la red ni fuera de la red:

- Los copagos por visitas al consultorio del médico, Doctor On Demand, atención de urgencia, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o visitas a la sala de emergencias.
- Los copagos o coseguros farmacéuticos (incluida la asistencia para el copago de terceros).
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan que se le pagan a los proveedores fuera de la red, incluidos los montos que se pagan por los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que brinde un proveedor fuera de la red en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.
- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Cargos para servicios preventivos fuera de la red.

Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo

Una vez que alcance el deducible anual de los proveedores dentro de la red por los servicios cubiertos que no requieren un copago, el Plan Premier se hará cargo del 75 % del costo de los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y a usted le corresponderá un coseguro del 25 %. Sin embargo, el plan pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos de un proveedor dentro de la red antes de que alcance el deducible de proveedores dentro de la red y, en

este caso, no se requerirá ningún copago. En el caso de los servicios cubiertos que estén sujetos a un copago, debe continuar pagando el copago, incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual, hasta que alcance el gasto máximo anual en efectivo. Una vez que alcance el deducible anual de proveedores fuera de la red para los servicios cubiertos que están sujetos a deducible y que no requieren un copago, el plan pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y usted deberá pagar el resto; es decir, se hará cargo del otro coseguro del 50 % más cualquier monto que se cobre que supere el cargo máximo permitido.

El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias no se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos una vez que se haya alcanzado el deducible de proveedores fuera de la red y usted deberá hacerse cargo de pagar el deducible, el otro 50 % y cualquier monto que supere el cargo máximo permitido.

El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).

Por lo general, la visita a la sala de emergencias se considerará una “emergencia” si una persona común y prudente que tiene conocimientos básicos sobre atención médica y que se encuentra en la misma situación hubiera pensado que no acudir a la sala de emergencias hubiera puesto en peligro su vida o salud.



TÉRMINOS IMPORTANTES

Consulte el [Glosario](#) para obtener las definiciones de **coseguro** y **copago**.

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo anual en efectivo para los servicios dentro de la red, el plan pagará el 100 % de los costos por los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red durante el resto del año calendario. No se aplica un gasto máximo anual en efectivo para los servicios que brinden los proveedores fuera de la red; usted es responsable de pagar el costo compartido de estos gastos en su totalidad durante todo el año. Entre los montos que paga y que se aplican al gasto máximo anual en efectivo de proveedores dentro de la red se incluyen los siguientes:

- Los deducibles anuales de proveedores dentro y fuera de la red (incluidos los montos que se pagan con los fondos restantes de la HRA).
- Los copagos por visitas al consultorio del médico, Doctor On Demand, atención de urgencia, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o visitas a la sala de emergencias.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el plan cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.
- Coseguro/copago farmacéutico.

El gasto máximo anual en efectivo puede alcanzarse con cualquier combinación de servicios médicos cubiertos. No obstante, ciertos gastos no cuentan para el gasto máximo anual en efectivo, tal como se detalla a continuación:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Cargos para servicios preventivos fuera de la red.
- El coseguro cuando utiliza un proveedor fuera de la red.
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan que se le pagan a los proveedores fuera de la red, incluidos los montos que se pagan por servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta)
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.

Si elige la cobertura de Asociado Únicamente conforme al plan HSA, tendrá un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850 por gastos de la red. Si agrega dependientes a su cobertura, tendrá un gasto máximo en efectivo por familia de \$13,700 por gastos de la red. Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada uno de los dependientes que cuenten con cobertura tendrán un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850. Si usted o cualquiera de sus dependientes con cobertura incurren en gastos por servicios cubiertos hasta ese monto, los gastos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. Si su cobertura incluye dependientes, contará con un gasto máximo en efectivo familiar de \$13,700, que es una combinación de todos los gastos cubiertos de todos los miembros de la familia. Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el gasto máximo en efectivo familiar. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo familiar total, los gastos elegibles de la red para toda su familia se pagarán al 100 % por el resto del año calendario, incluso si los individuos no alcanzaron el gasto máximo en efectivo individual.

COBERTURA DEL PLAN PREMIER EN LOS LUGARES DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRAN EN FLORIDA CENTRAL, DALLAS/FORT WORTH Y EL NOROESTE DE ARKANSAS

El Plan Premier le ofrece la posibilidad de pagar las consultas al médico con montos fijos que se conocen como “copagos”, tal como se explica a continuación en la sección **Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo**. Si se inscribió en el Plan de HRA en 2019 y tiene un saldo en la Cuenta de reembolso para la salud (HRA) asociada a ese plan, puede usar los fondos restantes para pagar el copago que se requiere para las visitas al consultorio del médico (de atención primaria o especialista), los servicios de Walmart Care Clinic o Walmart Health, Doctor On Demand o los servicios de atención de urgencia hasta fines de 2021, siempre y cuando permanezca inscrito en la opción del Plan Premier.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan Premier comience a cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos se deben pagar además del deducible anual y no cuentan para el deducible.

El monto de su deducible se basa en si la cobertura es solo para usted o también para sus dependientes elegibles. Si elige tener cobertura para usted y sus dependientes, el deducible anual se puede alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilice usted y sus dependientes con cobertura, pero no se pagará ningún beneficio para ninguna persona que cuente con cobertura hasta que se haya alcanzado el deducible anual por completo.

Los siguientes gastos no cuentan para el deducible anual:

- Los copagos por visitas al consultorio del médico, Doctor On Demand, atención de urgencia, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o visitas a la sala de emergencias.
- Los copagos o coseguros farmacéuticos (incluida la asistencia para el copago de terceros).
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.
- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.

Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo

Después de alcanzar el deducible anual para servicios cubiertos que no requieren un copago, el Plan Premier paga el 75 % del costo de los servicios cubiertos y su

participación es un coseguro del 25 %. Sin embargo, el plan pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos de un proveedor dentro de la red antes de que alcance el deducible de proveedores dentro de la red y, en este caso, no se requerirá ningún copago. En el caso de los servicios cubiertos sujetos a un copago, deberá continuar realizando el copago incluso después de haber alcanzado el deducible anual, hasta alcanzar el gasto máximo en efectivo.

El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias no se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos una vez que se haya alcanzado el deducible de proveedores fuera de la red y usted deberá hacerse cargo de pagar el deducible, el otro 50 % y cualquier monto que supere el cargo máximo permitido.

El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).

Por lo general, la visita a la sala de emergencias se considerará una “emergencia” si una persona común y prudente que tiene conocimientos básicos sobre atención médica y que se encuentra en la misma situación hubiera pensado que no acudir a la sala de emergencias hubiera puesto en peligro su vida o salud.

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo anual en efectivo, el plan pagará el 100 % de los costos por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Entre los montos que paga y que se aplican al gasto máximo anual en efectivo de proveedores dentro de la red se incluyen los siguientes:

- El deducible anual (incluidos los montos que se pagan con los fondos restantes de la HRA).
- Los copagos por visitas al consultorio del médico, Doctor On Demand, atención de urgencia, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o visitas a la sala de emergencias.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el plan cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.
- Coseguro/copago farmacéutico.

El gasto máximo anual en efectivo puede alcanzarse con cualquier combinación de servicios médicos cubiertos. No obstante, ciertos gastos no cuentan para el gasto máximo anual en efectivo, tal como se detalla a continuación:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP, incluidos los cargos por servicios de proveedores fuera de la red.

Si elige la cobertura solo para asociados conforme al Plan Premier, tendrá un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850. Si agrega dependientes a su cobertura, tendrá un gasto máximo en efectivo de \$13,700 por familia.

Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada uno de los dependientes que cuenten con cobertura tendrán un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850. Si usted o cualquiera de sus dependientes con cobertura incurren en gastos por servicios cubiertos hasta ese monto, los gastos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. Si su cobertura incluye dependientes, contará con un gasto máximo en efectivo familiar de \$13,700, que es una combinación de todos los gastos cubiertos de todos los miembros de la familia. Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el gasto máximo en efectivo familiar. Una vez que alcanza el total del gasto máximo en efectivo familiar, se pagan al 100 % los gastos elegibles para su familia completa por el resto del año calendario, aunque cada persona no haya alcanzado el gasto máximo en efectivo individual.

Plan de Contribución de Walmart

COBERTURA DEL PLAN DE CONTRIBUCIÓN

Qué sucede si su lugar de trabajo no se encuentra en Florida Central, Dallas/Fort Worth ni en el noroeste de Arkansas



Esta sección describe la cobertura del Plan de Contribución en todas las áreas, *excepto* en áreas geográficas específicas de Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas. Consulte la sección **Opciones de planes nacionales** que figura anteriormente en este capítulo para conocer los condados específicos que conforman estas áreas. Consulte la sección **Cobertura del Plan Premier en los lugares de trabajo que se encuentran en las áreas de Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas** que figura más adelante en este capítulo para obtener información sobre la cobertura del Plan Premier si trabaja en esas áreas geográficas específicas.

El Plan de Contribución incluye una Cuenta de reembolso para la salud (HRA). Todos los años, la compañía asigna dinero a la HRA para que usted y sus dependientes con cobertura lo utilicen para cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos (es decir, los gastos que son su responsabilidad), incluido el deducible anual. No puede aportar su propio dinero a la HRA. El plan cubre de manera automática la parte que le corresponde de los gastos médicos elegibles (excepto los gastos por medicamentos recetados, que no se pueden pagar a través de la HRA) hasta que se agoten los fondos de la HRA. Los montos que se pagan a través de la HRA cuentan para el deducible anual (tanto para proveedores dentro como fuera de la red), así como también para el gasto máximo en efectivo.

Si, al final del año calendario, queda un saldo restante en la HRA, se transferirá para que lo pueda usar durante el próximo año, siempre que permanezca inscrito en el Plan de Contribución. Sin embargo, el saldo que disponga en la HRA (incluidos los fondos de la HRA asignados para el año en curso) no puede exceder el deducible anual de los proveedores dentro de la red conforme al Plan de Contribución. La asignación de fondos a la HRA que se lleve a cabo cada año solo se puede usar para cubrir los gastos médicos elegibles de servicios que se brinden dentro de ese año calendario. Por ejemplo, si se inscribe en el Plan de Contribución y recibe una asignación de fondos a la HRA para 2020, podría usar esos fondos para cubrir los gastos médicos elegibles de los servicios que se brinden en 2020 pero no para los servicios que se brinden antes de 2020 (como por ejemplo un gasto realizado en 2019 pero que no se procesa hasta 2020). Los fondos de la HRA que se transfieren de un año anterior se pueden usar para cubrir cualquier gasto médico elegible para los servicios que se brinden mientras está inscrito en el Plan de Contribución.

Si cancela la cobertura, deja de reunir los requisitos o cambia la cobertura del Plan de Contribución a una opción de cobertura diferente, todos los fondos restantes en la HRA se perderán. Si continúa teniendo la cobertura del Plan de Contribución a través de la cobertura de COBRA,

el saldo que disponga en la HRA permanecerá disponible conforme a los términos que se describieron anteriormente y la compañía continuará asignando dinero a su HRA. Consulte el capítulo **COBRA** para obtener más información sobre la cobertura de continuación de COBRA.

Asignaciones a la HRA: inscripciones o cambios a mitad de año

Si lo contratan a mitad de año y se inscribe en el Plan de Contribución, la compañía pagará de forma proporcional la asignación inicial a la HRA todos los meses; el deducible anual y los gastos máximos en efectivo no se pagan de forma proporcional.

Si presenta un evento que califica y cambia su nivel de cobertura a mitad de año, por ejemplo, cambia de la cobertura solo para asociados a la cobertura para asociado + dependientes, la compañía ajustará la asignación a la HRA, el deducible anual y el gasto máximo anual en efectivo según corresponda.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan de Contribución comience a cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos se deben pagar además del deducible anual y no cuentan para el deducible. Puede alcanzar el deducible anual con los fondos de la cuenta HRA provistos por Walmart del año actual y cualquier dinero transferido de la HRA que pueda tener del año anterior. Cuando haya usado todos los fondos de HRA provistos por Walmart, debe utilizar los fondos propios para alcanzar el resto del deducible anual.

El Plan de Contribución tiene un deducible anual aparte en el caso de los servicios que ofrecen los proveedores dentro de la red y los servicios que ofrecen los proveedores fuera de la red. Los montos que paga para alcanzar el deducible anual de los proveedores dentro de la red se aplican al deducible anual de los proveedores fuera de la red y viceversa.

El monto de su deducible se basa en si la cobertura es solo para usted o también para sus dependientes elegibles. Si elige tener cobertura para usted y sus dependientes, los deducibles anuales de los proveedores dentro de la red y fuera de la red se pueden alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilicen los miembros de la familia, pero no se pagará ningún beneficio para ninguna persona que cuente con cobertura hasta que se haya alcanzado el deducible correspondiente por completo.

Los siguientes gastos no cuentan para el deducible anual de los proveedores dentro de la red ni fuera de la red:

- Los copagos por Doctor On Demand, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o las visitas a la sala de emergencias.
- Los copagos o coseguros farmacéuticos (incluida la asistencia para el copago de terceros).
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan que se le pagan a los proveedores fuera de la red, incluidos los montos que se pagan por servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo

fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).

- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.
- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Cargos para servicios preventivos fuera de la red

Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo

Una vez que alcance el deducible anual de los proveedores dentro de la red por los servicios cubiertos que no requieren un copago, el Premier Plan se hará cargo del 75 % del costo de los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y a usted le corresponderá un coseguro del 25 %. Sin embargo, el plan pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos de un proveedor dentro de la red antes de que alcance el deducible de proveedores dentro de la red y, en este caso, no se requerirá ningún copago. En el caso de los servicios cubiertos que estén sujetos a un copago, debe continuar pagando el copago, incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual, hasta que alcance el gasto máximo anual en efectivo. Una vez que alcance el deducible anual de proveedores fuera de la red para los servicios cubiertos que están sujetos a deducible y que no requieren un copago, el plan pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y usted deberá pagar el resto, es decir, se hará cargo del otro coseguro del 50 % más cualquier monto que se cobre superior al cargo máximo permitido.

El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una "emergencia", el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias no se trata de una "emergencia", el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos una vez que se haya alcanzado el deducible de proveedores fuera de la red y usted deberá hacerse cargo de pagar el deducible, el otro 50 % y cualquier monto que supere el cargo máximo permitido.

El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).

Por lo general, la visita a la sala de emergencias se considerará una "emergencia" si una persona común y prudente que tiene conocimientos básicos sobre atención

médica y que se encuentra en la misma situación hubiera pensado que no acudir a la sala de emergencias hubiera puesto en peligro su vida o salud.



TÉRMINOS IMPORTANTES

Consulte el [Glosario](#) para obtener las definiciones de **coseguro** y **copago**.

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo anual en efectivo, el plan pagará el 100 % de los costos por los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red durante el resto del año calendario. No se aplica un gasto máximo anual en efectivo para los servicios que brinden los proveedores fuera de la red; usted es responsable de pagar el costo compartido de estos gastos en su totalidad durante todo el año.

Entre los montos que paga y que se aplican al gasto máximo anual en efectivo de proveedores dentro de la red se incluyen los siguientes:

- Los deducibles anuales de proveedores dentro y fuera de la red (incluidos los montos que se pagan con los fondos de la HRA).
- Los copagos por Doctor On Demand, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o las visitas a la sala de emergencias.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el plan cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.
- Coseguro/copago farmacéutico.

El gasto máximo anual en efectivo puede alcanzarse con cualquier combinación de servicios médicos cubiertos. No obstante, ciertos gastos no cuentan para el gasto máximo anual en efectivo, tal como se detalla a continuación:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Cargos para servicios preventivos fuera de la red.
- El coseguro cuando utiliza un proveedor fuera de la red.
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan que se le pagan a los proveedores fuera de la red, incluidos los montos que se pagan por los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.

Si elige la cobertura de Asociado Únicamente conforme al plan HSA, tendrá un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850 por gastos de la red. Si agrega dependientes a su cobertura, tendrá un gasto máximo en efectivo de \$13,700 por familia para gastos de la red.

Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada uno de los dependientes que cuenten con cobertura tendrán un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850. Si usted o cualquiera de sus dependientes con cobertura incurren en gastos por servicios cubiertos hasta ese monto, los gastos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. Si su cobertura incluye dependientes, contará con un gasto máximo en efectivo familiar de \$13,700, que es una combinación de todos los gastos cubiertos de todos los miembros de la familia. Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el gasto máximo en efectivo familiar. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo familiar total, los gastos elegibles de la red para toda su familia se pagarán al 100 % por el resto del año calendario, incluso si los individuos no alcanzaron el gasto máximo en efectivo individual.

COBERTURA DEL PLAN DE CONTRIBUCIÓN EN LOS LUGARES DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRAN EN FLORIDA CENTRAL, DALLAS/ FORT WORTH Y EL NOROESTE DE ARKANSAS

El Plan de Contribución incluye una Cuenta de reembolso para la salud (HRA). Todos los años, la compañía asigna dinero a la HRA para que usted y sus dependientes con cobertura lo utilicen para cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos (es decir, los gastos que son su responsabilidad), incluido el deducible anual. No puede aportar su propio dinero a la HRA. El plan cubre de manera automática la parte que le corresponde de los gastos médicos elegibles (excepto los gastos por medicamentos recetados, que no se pueden pagar a través de la HRA) hasta que se agoten los fondos de la HRA. Los montos que se pagan a través de la HRA cuentan para el deducible anual así como también para el gasto máximo en efectivo.

Si, al final del año calendario, queda un saldo restante en la HRA, se transferirá para que lo pueda usar durante el próximo año, siempre que permanezca inscrito en el Plan de Contribución. Sin embargo, el saldo que disponga en la HRA (incluidos los fondos de la HRA asignados para el año en curso) no puede exceder el deducible anual de los proveedores dentro de la red conforme al Plan de Contribución. La asignación de fondos a la HRA que se lleve a cabo cada año solo se puede usar para cubrir los gastos médicos elegibles de servicios que se brinden dentro de ese año calendario. Por ejemplo, si se inscribe en el Plan de Contribución y recibe una asignación de fondos a la HRA para 2020, podría usar esos fondos para cubrir los gastos médicos elegibles de los servicios que se brinden en 2020 pero no para los servicios que se brinden antes de 2020 (como por ejemplo un gasto realizado en 2019 pero que no se procesa hasta 2020). Los fondos de la HRA que se transfieren de un año anterior se pueden usar para cubrir cualquier gasto médico elegible para los servicios que se brinden mientras está inscrito en el Plan de Contribución.

Si cancela la cobertura, deja de reunir los requisitos o cambia la cobertura del Plan de Contribución a una opción de cobertura diferente, todos los fondos restantes en la HRA se perderán. Si se inscribe en el Plan de Contribución a través de la cobertura de COBRA, el saldo que disponga en la HRA permanecerá disponible conforme a los términos que se describieron anteriormente y la compañía continuará asignando dinero a su HRA. Consulte el capítulo **COBRA** para obtener más información con respecto a la continuación de la cobertura de COBRA.

Asignaciones a la HRA: inscripciones o cambios a mitad de año

Si lo contratan a mitad de año y se inscribe en el Plan de Contribución, la compañía pagará de forma proporcional la asignación inicial a la HRA todos los meses; el deducible anual y los gastos máximos en efectivo no se pagan de forma proporcional.

Si presenta un evento que califica y cambia su nivel de cobertura a mitad de año, por ejemplo, cambia de la cobertura solo para asociados a la cobertura para asociado + dependientes, la compañía ajustará la asignación a la HRA, el deducible anual y el gasto máximo anual en efectivo según corresponda.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan de Contribución comience a cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos se deben pagar además del deducible anual y no cuentan para el deducible. Puede alcanzar el deducible anual con los fondos de la cuenta HRA provistos por Walmart del año actual y cualquier dinero transferido de la HRA que pueda tener del año anterior. Cuando haya usado todos los fondos de HRA provistos por Walmart, debe utilizar los fondos propios para alcanzar el resto del deducible anual.

El monto de su deducible se basa en si la cobertura es solo para usted o también para sus dependientes elegibles. Si elige tener cobertura para usted y sus dependientes, el deducible anual se puede alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilice usted y sus dependientes con cobertura, pero no se pagará ningún beneficio para ninguna persona que cuente con cobertura hasta que se haya alcanzado el deducible anual por completo.

Los siguientes gastos no cuentan para el deducible anual:

- Los copagos por Doctor On Demand, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o las visitas a la sala de emergencias.
- Los copagos o coseguros farmacéuticos (incluida la asistencia para el copago de terceros).
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para

las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).

- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.
- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.

Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo

Después de alcanzar el deducible anual para servicios cubiertos que no requieren un copago, el Plan de Contribución paga el 75 % del costo de los servicios cubiertos y su participación es un coseguro del 25 %. Sin embargo, el plan pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos de un proveedor dentro de la red antes de que alcance el deducible de proveedores dentro de la red y, en este caso, no se requerirá ningún copago. En el caso de los servicios cubiertos que estén sujetos a un copago, debe continuar pagando el copago, incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual, hasta que alcance el gasto máximo anual en efectivo.

El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias no se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos una vez que se haya alcanzado el deducible de proveedores fuera de la red y usted deberá hacerse cargo de pagar el deducible, el otro 50 % y cualquier monto que supere el cargo máximo permitido.

El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).

Por lo general, la visita a la sala de emergencias se considerará una “emergencia” si una persona común y prudente que tiene conocimientos básicos sobre atención médica y que se encuentra en la misma situación hubiera pensado que no acudir a la sala de emergencias hubiera puesto en peligro su vida o salud.

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo anual en efectivo, el plan pagará el 100 % de los costos por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Entre los montos que paga y que se aplican al gasto máximo anual en efectivo de proveedores dentro de la red se incluyen los siguientes:

- El deducible anual (incluidos los montos que se pagan con los fondos de la HRA).
- Los copagos por Doctor On Demand, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o las visitas a la sala de emergencias.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el plan cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.
- Coseguro/copago farmacéutico.

El gasto máximo anual en efectivo puede alcanzarse con cualquier combinación de servicios médicos cubiertos. No obstante, ciertos gastos no cuentan para el gasto máximo anual en efectivo, tal como se detalla a continuación:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP, incluidos los cargos por servicios de proveedores fuera de la red.

Si elige la cobertura solo para asociados conforme al Plan de Contribución, tendrá un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850. Si agrega dependientes a su cobertura, tendrá un gasto máximo en efectivo de \$13,700 por familia.

Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada uno de los dependientes que cuenten con cobertura tendrán un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850. Si usted o cualquiera de sus dependientes con cobertura incurrir en gastos por servicios cubiertos hasta ese monto, los gastos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. Si su cobertura incluye dependientes, contará con un gasto máximo en efectivo familiar de \$13,700, que es una combinación de todos los gastos cubiertos de todos los miembros de la familia. Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el gasto máximo en efectivo familiar. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo familiar total, los gastos elegibles de la red para toda su familia se pagarán al 100 % por el resto del año calendario, incluso si los individuos no alcanzaron el gasto máximo en efectivo individual.

Plan de Ahorro de Walmart

COBERTURA DEL PLAN DE AHORRO

Qué sucede si su lugar de trabajo no se encuentra en Florida Central, Dallas/Fort Worth ni en el noroeste de Arkansas



Esta sección describe la cobertura del Plan de Ahorro en todas las áreas, **excepto** en áreas geográficas específicas de Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas. Consulte la sección **Opciones de planes nacionales** que figura anteriormente en este capítulo para conocer los condados específicos que conforman estas áreas. Consulte la sección **Cobertura del Plan de Ahorro en los lugares de trabajo que se encuentran en las áreas de Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas** que figura más adelante en este capítulo para obtener información sobre la cobertura del Plan Premier si trabaja en esas áreas.

Si se inscribe en el Plan de Ahorro y aporta a una Cuenta de ahorro de salud (HSA), la compañía aporta contribuciones paralelas a las deducciones de su sueldo a esta cuenta, dólar por dólar hasta el límite de \$350 si cuenta con cobertura individual o hasta \$700 si cuenta con cobertura familiar. Las contribuciones combinadas que realiza a su HSA (la suya y la de la compañía) no pueden exceder el límite anual del IRS para 2020 de \$3,550 si cuenta con cobertura individual o de \$7,100 si cuenta con cobertura familiar, más una contribución para ponerse al corriente de \$1,000 si tiene 55 años o más.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan de Ahorro comience a cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos se deben pagar además del deducible anual y no cuentan para el deducible. El Plan de Ahorro tiene un deducible anual aparte en el caso de los servicios que ofrecen los proveedores dentro de la red y los servicios que ofrecen los proveedores fuera de la red. Los montos que paga para alcanzar el deducible anual de los proveedores dentro de la red se aplican al deducible anual de los proveedores fuera de la red y viceversa.

Los servicios de atención preventiva, tal como se describen en la sección **Programa de atención preventiva** que aparece más adelante en este capítulo, están cubiertos incluso si usted no ha alcanzado el deducible anual.

El monto de su deducible se basa en si la cobertura es solo para usted o también para sus dependientes elegibles. Si elige tener cobertura para usted y sus dependientes, los deducibles anuales de los proveedores dentro de la red y fuera de la red se pueden alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilicen los miembros de la familia, pero no se pagará ningún beneficio para ninguna persona que cuente con cobertura hasta que se haya alcanzado el deducible correspondiente por completo.

Puede optar por usar su dinero en su HSA para pagar los gastos que están sujetos al deducible anual, o bien puede pagarlos usted mismo en efectivo y guardar el dinero de HSA para gastos futuros.

Si se inscribe en el Plan de Ahorro, por lo general debe pagar el costo total de los medicamentos recetados hasta que alcance el deducible anual de proveedores dentro de la red. La excepción está relacionada con los medicamentos que figuran en la lista de medicamentos preventivos aprobados de OptumRx, los cuales no están sujetos al deducible anual de proveedores dentro de la red del Plan de Ahorro. Puede comprar estos medicamentos con el nivel de copago o coseguro correspondiente, incluso si todavía no alcanzó el deducible anual de proveedores dentro de la red. Además, determinados medicamentos de venta libre están disponibles con una cobertura del 100 % si obtiene una receta, incluso si no ha alcanzado su deducible. Para más información, consulte el capítulo **Beneficio farmacéutico**. Con la excepción de estos cargos para los medicamentos preventivos aprobados, los cargos farmacéuticos conforme al Plan de Ahorro se destinarán al deducible anual de proveedores dentro de la red y al gasto máximo en efectivo.

Los siguientes gastos no cuentan para el deducible anual de los proveedores dentro de la red ni fuera de la red:

- Copagos para medicamentos preventivos no sujetos al deducible anual.
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los cargos por medicamento con receta médica pagados directamente a las farmacias en su nombre mediante programas con descuentos/cupones).
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan que se le pagan a los proveedores fuera de la red, incluidos los montos que se pagan por servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.
- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Cargos para servicios preventivos fuera de la red.

Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo

Una vez que alcance el deducible anual de los proveedores dentro de la red por los servicios cubiertos, el Plan de Ahorro se hará cargo del 75 % del costo de los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y a usted le corresponderá un coseguro del 25 %. Sin embargo, el plan pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos de un proveedor dentro de la red antes de que alcance el deducible de proveedores dentro de la red y, en este caso, no se requerirá ningún copago. En el caso de los servicios cubiertos que estén sujetos a un copago, debe continuar pagando el copago, incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual, hasta que alcance el gasto máximo anual en efectivo. Una vez que alcance el deducible anual de proveedores fuera de la red para los servicios

cubiertos que están sujetos a deducible y que no requieren un copago, el plan pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y usted deberá pagar el resto, es decir, se hará cargo del otro coseguro del 50 % más cualquier monto que se cobre superior al cargo máximo permitido.

El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias no se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos una vez que se haya alcanzado el deducible de proveedores fuera de la red y usted deberá hacerse cargo de pagar el deducible, el otro 50 % y cualquier monto que supere el cargo máximo permitido.

El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).

Por lo general, la visita a la sala de emergencias se considerará una “emergencia” si una persona común y prudente que tiene conocimientos básicos sobre atención médica y que se encuentra en la misma situación hubiera pensado que no acudir a la sala de emergencias hubiera puesto en peligro su vida o salud.

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo anual en efectivo para los servicios dentro de la red, el plan pagará el 100 % de los costos por los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red durante el resto del año calendario. No se aplica un gasto máximo anual en efectivo para los servicios que brinden los proveedores fuera de la red; usted es responsable de pagar el costo compartido de estos gastos en su totalidad durante todo el año.

Entre los montos que paga y que se aplican al gasto máximo anual en efectivo de proveedores dentro de la red se incluyen los siguientes:

- Los deducibles anuales de proveedores dentro y fuera de la red (incluidos los montos que se pagan con los fondos de la HRA).
- Los copagos por Doctor On Demand, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o las visitas a la sala de emergencias.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el plan cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.
- Los copagos o coseguros farmacéuticos.
- Cargos de farmacia antes de que alcance su deducible anual

El gasto máximo anual en efectivo de la red puede alcanzarse con cualquier combinación de los servicios médicos cubiertos. No obstante, ciertos gastos no cuentan para el gasto máximo anual en efectivo, tal como se detalla a continuación:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Cargos para servicios preventivos fuera de la red.
- El coseguro cuando utiliza un proveedor fuera de la red.
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan que se le pagan a los proveedores fuera de la red, incluidos los montos que se pagan por servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.

Si elige la cobertura de Asociado Únicamente conforme al plan HSA, tendrá un gasto máximo en efectivo individual de \$6,650 por gastos de la red. Si agrega dependientes a su cobertura, tendrá un gasto máximo en efectivo por familia de \$13,300 por gastos de la red.

Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada uno de los dependientes que cuenten con cobertura tendrán un gasto máximo en efectivo individual de \$6,650. Si usted o cualquiera de sus dependientes con cobertura incurren en gastos por servicios cubiertos hasta ese monto, los gastos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. Si su cobertura incluye dependientes, contará con un gasto máximo en efectivo familiar de \$13,300, que es una combinación de todos los gastos cubiertos de todos los miembros de la familia. Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el gasto máximo en efectivo familiar. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo familiar total, los gastos elegibles de la red para toda su familia se pagarán al 100 % por el resto del año calendario, incluso si los individuos no alcanzaron el gasto máximo en efectivo individual.

COBERTURA DEL PLAN DE AHORRO EN LOS LUGARES DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRAN EN FLORIDA CENTRAL, DALLAS/FORT WORTH Y EL NOROESTE DE ARKANSAS

Si se inscribe en el Plan de Ahorro y aporta a una Cuenta de ahorro de salud (HSA), la compañía aporta contribuciones paralelas a las deducciones de su sueldo a esta cuenta, dólar por dólar hasta el límite de \$350 si cuenta con cobertura individual o hasta \$700 si cuenta con cobertura familiar. Las

contribuciones combinadas que realiza a su HSA (la suya y la de la compañía) no pueden exceder el límite anual del IRS para 2020 de \$3,550 si cuenta con cobertura individual o de \$7,100 si cuenta con cobertura familiar, más una contribución para ponerse al corriente de \$1,000 si tiene 55 años o más.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan de Ahorro comience a cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos se deben pagar además del deducible anual y no cuentan para el deducible.

Los servicios de atención preventiva, tal como se describen en la sección **Programa de atención preventiva** que aparece más adelante en este capítulo, están cubiertos incluso si usted no ha alcanzado el deducible anual.

El monto de su deducible se basa en si la cobertura es solo para usted o también para sus dependientes elegibles. Si elige tener cobertura para usted y sus dependientes, el deducible anual se puede alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilice usted y sus dependientes con cobertura, pero no se pagará ningún beneficio para ninguna persona que cuente con cobertura hasta que se haya alcanzado el deducible anual por completo.

Puede optar por usar su dinero en su HSA para pagar los gastos que están sujetos al deducible anual, o bien puede pagarlos usted mismo en efectivo y guardar el dinero de HSA para gastos futuros.

Si se inscribe en el Plan de Ahorro, por lo general debe pagar el costo total de los medicamentos recetados hasta que alcance el deducible anual. La excepción está relacionada con los medicamentos que figuran en la lista de medicamentos preventivos aprobados de OptumRx, los cuales no están sujetos al deducible anual del Plan de Ahorro. Puede comprar estos medicamentos con el nivel de copago o coseguro correspondiente, incluso si todavía no alcanzó el deducible anual. Además, determinados medicamentos de venta libre están disponibles con una cobertura del 100 % si obtiene una receta, incluso si no ha alcanzado su deducible. Para más información, consulte el capítulo **Beneficio farmacéutico**. Con la excepción de estos cargos para los medicamentos preventivos aprobados, los cargos farmacéuticos conforme al Plan de Ahorro se destinarán al deducible anual y al gasto máximo en efectivo.

Los siguientes gastos no cuentan para el deducible anual:

- Copagos para medicamentos preventivos no sujetos al deducible anual.
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los cargos por medicamento con receta médica pagados directamente a las farmacias en su nombre mediante programas con descuentos/cupones).
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.

- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.
- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.

Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo

Después de alcanzar el deducible anual para servicios cubiertos, el Plan Saver paga el 75 % del costo de los servicios cubiertos y su participación es un coseguro del 25 %. Sin embargo, el plan pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos de un proveedor dentro de la red antes de que alcance el deducible de proveedores dentro de la red y, en este caso, no se requerirá ningún copago. En el caso de los servicios cubiertos que estén sujetos a un copago, debe continuar pagando el copago, incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual, hasta que alcance el gasto máximo anual en efectivo.

El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias no se trata de una “emergencia”, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos una vez que se haya alcanzado el deducible de proveedores fuera de la red y usted deberá hacerse cargo de pagar el deducible, el otro 50 % y cualquier monto que supere el cargo máximo permitido.

El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).

Por lo general, la visita a la sala de emergencias se considerará una “emergencia” si una persona común y prudente que tiene conocimientos básicos sobre atención médica y que se encuentra en la misma situación hubiera pensado que no acudir a la sala de emergencias hubiera puesto en peligro su vida o salud.

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo anual en efectivo, el plan pagará el 100 % de los costos por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Entre los montos que paga y que se aplican al gasto máximo anual en efectivo de proveedores dentro de la red se incluyen los siguientes:

- El deducible anual (incluidos los montos que se pagan con los fondos de la HRA).
- Los copagos por Doctor On Demand, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o las visitas a la sala de emergencias.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el plan cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.
- Los copagos o coseguros farmacéuticos.
- Cargos de farmacia antes de que alcance su deducible anual.

El gasto máximo anual en efectivo puede alcanzarse con cualquier combinación de servicios médicos cubiertos. No obstante, ciertos gastos no cuentan para el gasto máximo anual en efectivo, tal como se detalla a continuación:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP, incluidos los cargos por servicios de proveedores fuera de la red.

Si elige la cobertura solo para asociados conforme al Plan de Ahorro, tendrá un gasto máximo en efectivo individual de \$6,650. Si agrega dependientes a su cobertura, tendrá un gasto máximo en efectivo de \$13,300 por familia.

Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada uno de los dependientes que cuenten con cobertura tendrán un gasto máximo en efectivo individual de \$6,650. Si usted o cualquiera de sus dependientes con cobertura incurrir en gastos por servicios cubiertos hasta ese monto, los gastos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. Si su cobertura incluye dependientes, contará con un gasto máximo en efectivo familiar de \$13,300, que es una combinación de todos los gastos cubiertos de todos los miembros de la familia.

Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el gasto máximo en efectivo familiar. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo familiar total, los gastos elegibles de la red para toda su familia se pagarán al 100 % por el resto del año calendario, incluso si los individuos no alcanzaron el gasto máximo en efectivo individual.

Planes locales

Las opciones de planes locales están disponibles en determinadas regiones a nivel nacional. El lugar donde trabaje determina la disponibilidad de una opción de plan local. Consulte el cuadro de **Opciones de planes locales** que aparecen anteriormente en este capítulo para conocer una lista de los planes y las áreas donde prestan servicio.

Según las opciones de planes locales, siempre debe usar los médicos, los hospitales y otros proveedores que formen parte de la red del plan. Si utiliza los servicios de un proveedor fuera de la red, o si sus dependientes viven y buscan recibir atención fuera del área de cobertura de la red, sus gastos no estarán cubiertos, salvo en casos de emergencia.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que debe pagar cada año calendario antes de que el plan comience a cubrir una parte del costo de los servicios cubiertos. Los copagos se deben pagar además del deducible anual y no cuentan para el deducible.

El monto de su deducible se basa en si la cobertura es solo para usted o también para sus dependientes elegibles. Si elige tener cobertura para usted y sus dependientes, el deducible anual se puede alcanzar a través de cualquier combinación de servicios que utilice usted y sus dependientes con cobertura, pero no se pagará ningún beneficio para ninguna persona que cuente con cobertura hasta que se haya alcanzado el deducible anual por completo.

Los siguientes gastos no cuentan para el deducible anual:

- Los copagos por visitas al consultorio del médico, Doctor On Demand, atención de urgencia, Walmart Care Clinic o Walmart Health, o visitas a la sala de emergencias.
- Los copagos o coseguros farmacéuticos (incluida la asistencia para el copago de terceros).
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP.

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.

Coseguro, copagos y gasto máximo en efectivo

Una vez que alcance el deducible anual por los servicios cubiertos que no requieren un copago, el plan se hará cargo del 75 % del costo de los servicios cubiertos y a usted le corresponderá un coseguro del 25 %. Sin embargo, el plan pagará el 100 % del costo de los servicios preventivos cubiertos de un proveedor dentro de la red antes de que alcance el deducible de proveedores dentro de la red y, en este caso, no se requerirá ningún copago. En el caso de los servicios cubiertos que estén sujetos a un copago, debe continuar pagando el copago, incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual, hasta que alcance el gasto máximo anual en efectivo.

El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una "emergencia", el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencia no es una "emergencia", el AMP no cubrirá los servicios prestados.

El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).

Por lo general, la visita a la sala de emergencias se considerará una "emergencia" si una persona común y prudente que tiene conocimientos básicos sobre atención médica y que se encuentra en la misma situación hubiera pensado que no acudir a la sala de emergencias hubiera puesto en peligro su vida o salud.

Una vez que haya alcanzado el gasto máximo en efectivo, el plan pagará el 100 % de los costos por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Entre los montos que paga y que se aplican al gasto máximo en efectivo se incluyen los siguientes:

- Deducible anual.
- Los copagos para consultas médicas, Doctor On Demand, atención de urgencia, Walmart Care Clinic, Walmart Health o visitas a la sala de emergencias.
- El coseguro por los servicios que brinde un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red que el plan cubre como si fuera un proveedor dentro de la red.

- Coseguro/copago farmacéutico.

El gasto máximo anual en efectivo puede alcanzarse con cualquier combinación de servicios médicos cubiertos. No obstante, ciertos gastos no cuentan para el gasto máximo anual en efectivo, tal como se detalla a continuación:

- Los cargos pagados al 100 % por el AMP, tales como los cargos por los servicios preventivos dentro de la red y determinados servicios de los Centros de excelencia.
- Los montos que exceden el cargo máximo permitido del plan por los servicios que brinda un proveedor fuera de la red que el plan paga como si fuera un proveedor dentro de la red, incluidos los servicios de sala de emergencias que exceden el cargo máximo permitido del plan.
- Los cargos por los servicios que se brinden en cualquier Walmart Care Clinic o Walmart Health de parte de un proveedor fuera de la red (sin embargo, los montos para las pruebas de diagnóstico cubiertas que se lleven a cabo fuera de Walmart Care Clinic o Walmart Health contarán para su deducible, sujeto a otras exclusiones que se indiquen en esta lista).
- Descuentos, cupones, programas de descuento en farmacias o arreglos similares provistos por fabricantes de medicamentos o farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos con receta médica (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos con receta médica que entrega en las farmacias cuando presenta una receta).
- Los cargos por servicios no cubiertos por el AMP, incluidos los cargos por servicios de proveedores fuera de la red.

Si elige la cobertura solo para asociados conforme a un plan local, tendrá un gasto máximo en efectivo individual de \$6,850. Si agrega dependientes a su cobertura, tendrá un gasto máximo en efectivo de \$13,700 por familia.

Independientemente del nivel de cobertura que elija, usted y cada dependiente con cobertura tendrán un gasto máximo en efectivo de \$6,850. Si usted o cualquiera de sus dependientes con cobertura incurrir en gastos por servicios cubiertos hasta ese monto, los gastos elegibles de esa persona se pagarán al 100 % por el resto del año calendario. Si su cobertura incluye dependientes, contará con un gasto máximo en efectivo familiar de \$13,700, que es una combinación de todos los gastos cubiertos de todos los miembros de la familia. Cualquier combinación de dos o más miembros de la familia puede contribuir a alcanzar el gasto máximo en efectivo familiar. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo familiar total, los gastos elegibles de la red para toda su familia se pagarán al 100 % por el resto del año calendario, incluso si los individuos no alcanzaron el gasto máximo en efectivo individual.

Administración del AMP

La cobertura del AMP es autoasegurada, esto significa que los beneficios no están asegurados por una compañía de seguros. En su lugar, los asociados que participan hacen contribuciones para cubrir una parte del costo de sus beneficios y, el resto del costo, se paga con los activos de la compañía o a través de un fideicomiso financiado por la compañía.

El plan mantiene contratos con los siguientes administradores de la red subcontratados (TPA) para gestionar la administración de las opciones disponibles conforme al AMP: Aetna Life Insurance Company (Aetna), BlueAdvantage Administrators of Arkansas, HealthSCOPE Benefits, Inc. y UnitedHealthcare. El plan también mantiene contratos con Health Design Plus para prestar servicios como TPA para determinados procedimientos conforme al programa de Centros de excelencia, tal como se describe en la sección **Centros de excelencia** más adelante en este capítulo. En algunas áreas, la herramienta Grand Rounds y Doctor On Demand pueden proporcionar control de la atención y servicios similares para ayudar al TPA. Consulte **Asistencia en el control de su salud** más adelante en este capítulo.

Su lugar de trabajo y la opción de plan que seleccione determinan qué TPA gestionará su cobertura del AMP. Si trabaja de forma remota o recibe la continuación de la cobertura de COBRA, se lo asignará al centro más cercano y un TPA administrará su cobertura en ese lugar. Si trabaja como conductor de camión, las opciones de plan y los TPA asociados pueden estar determinados por el lugar donde vive en vez del lugar donde trabaja.

El TPA realiza las determinaciones de los reclamos médicos y procesa los reclamos sobre la base de los términos del Plan, y las políticas y procedimientos del TPA. El TPA también brinda una red de proveedores que aceptan cobrar tarifas con descuento por los servicios que les brindan a los participantes del Plan. Consulte la sección **Su red de proveedores** que aparece más adelante en este capítulo para obtener más información.

Qué está cubierto por el AMP

El AMP paga los beneficios para los gastos cubiertos, que incluyen cargos por procedimientos, servicios, equipos e insumos que cumplan con los siguientes requisitos:

- No superen el cargo máximo permitido, que determina el administrador de la red subcontratado.
- Son médicamente necesarios.
- No estén excluidos conforme al plan (consulte la sección **Qué no cubre el AMP** que aparece más adelante en este capítulo).
- No superen los límites del AMP.

CARGO MÁXIMO PERMITIDO

El “cargo máximo permitido” (maximum allowable charge, MAC) significa el monto máximo que el Plan cubrirá o pagará por cualquier servicio de atención de la salud, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, insumos o beneficios cubiertos por el Plan. El MAC se aplica tanto a los servicios que brindan los proveedores dentro de la red como los que brindan los proveedores fuera de la red.

En el caso de los servicios dentro de la red cubiertos, el MAC consiste en la parte de los cargos de un proveedor que cubre el AMP, según lo establece el contrato del proveedor con el administrador de la red subcontratado. En el caso de BlueAdvantage Administrators of Arkansas, esto incluye contratos con una empresa licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association; en el caso de UnitedHealthcare, esto incluye Medica y Harvard Pilgrim Health Care, licenciatarias independientes de UnitedHealthcare. Para obtener información sobre el administrador de la red subcontratado para su cobertura de plan de seguro médico, consulte la sección **Su red de proveedores** que aparece más adelante en este capítulo.

En el caso de los servicios cubiertos fuera de la red, el MAC se determina a través de cada administrador de la red subcontratado, tal como se describe a continuación: En determinadas circunstancias, los beneficios de la red se pueden destinar al pago de los servicios fuera de la red, tal como se describe en la sección **Cuándo se pagan beneficios de la red para gastos fuera de red**.

En el caso de los servicios de emergencia fuera de la red, el MAC será el mayor de los siguientes: la tasa promedio dentro de la red; la tasa habitual, convencional y razonable; o la tarifa de Medicare.

Aetna: El MAC representa el 125 % del cargo máximo permitido de Medicare para servicios voluntarios fuera de la red. Para los servicios no voluntarios fuera de la red, el MAC también representa el 125 % del cargo máximo permitido de Medicare salvo que el proveedor esté en el programa Aetna's National Advantage Program (NAP). Los cargos de proveedor de NAP se abonan con descuento. En los casos en que un cargo máximo permitido de Medicare no sea publicado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para un servicio específico, Aetna usa una metodología de intervalo para calcular al MAC que se basa en el cargo máximo permitido de Medicare. La tarifa permitida de Medicare se basa en el área geográfica en la que se presta el servicio.

BlueAdvantage Administrators of Arkansas: El método que se usa para establecer el MAC para los servicios cubiertos fuera de la red depende de si el servicio se prestó a través de un proveedor de atención médica individual (p. ej., un médico), un servicio de ambulancia terrestre o aérea, o bien un hospital o institución. En el caso de los proveedores individuales y de los servicios de traslado en ambulancia terrestre o aérea, el MAC representa el 125 % del monto que permite Medicare para dichos servicios en la fecha en la que se administran. En el caso de los servicios de hospitales e instituciones de salud o para cualquier otro beneficio cubierto (por ejemplo, medicamentos, dispositivos médicos, productos o implantes, equipos o insumos), el MAC para servicios cubiertos fuera de la red se limita al gasto permitido que establece BlueAdvantage Administrators of Arkansas a su criterio. Si BlueAdvantage Administrators of Arkansas no cuenta con un método propio o punto de referencia en un caso determinado, el MAC para los servicios cubiertos fuera de la red se limita al precio o al gasto permitido que ofrece Blue Cross y Blue Shield Plan en el estado donde se brindan los servicios.

Para los servicios cubiertos fuera de la red, el Plan pagará el MAC menor o los cargos facturados reales del proveedor. Si los cargos facturados del proveedor superan el MAC del plan, usted será responsable de pagar la diferencia. Para obtener información adicional, llame a su asesor de atención de la salud al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

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

UnitedHealthcare: El MAC representa el 125 % del cargo máximo permitido de Medicare para servicios voluntarios fuera de la red. Para los servicios no voluntarios fuera de la red, el MAC también representa el 125 % del cargo máximo permitido de Medicare salvo que el proveedor esté en el programa Shared Savings Program (SSP) de UnitedHealthcare. Los cargos del proveedor de SSP se abonan con un descuento. En los casos en que un cargo máximo permitido de Medicare no sea publicado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para un servicio específico, UnitedHealthcare usa una metodología de intervalo para calcular al MAC.

MÉDICAMENTE NECESARIO

"Médicamente necesario" (o de "necesidad médica"), por lo general, significa que el AMP determinó que los procedimientos, servicios, equipos o insumos cumplen con los siguientes requisitos:

- Son adecuados para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica.
- Son suministrados para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la afección médica.
- Se encuentran dentro de los estándares de la buena práctica médica en la comunidad médica organizada.
- No están destinados principalmente a la comodidad del paciente ni del médico u otro proveedor del paciente.
- Son los procedimientos, servicios, equipos o insumos más adecuados que se puedan administrar de manera segura.

"Más adecuados" significa:

- Que existe una evidencia científica válida que demuestra que los beneficios de salud esperados con el procedimiento, servicio, equipo o insumo son clínicamente significativos y producen mayor probabilidad de beneficios sin un riesgo desproporcionadamente mayor de daños o complicaciones para el participante del Plan con una afección médica particular que está siendo tratada en comparación con otras alternativas posibles;
- Se probaron formas aceptadas en términos generales que son menos invasivas y se descubrió que son ineficaces o inapropiadas para el caso.

- En el caso de las hospitalizaciones, es necesaria la atención hospitalaria intensiva debido a la clase de servicios que está recibiendo el participante o la gravedad de la condición médica, y no se puede recibir atención segura y adecuada como paciente externo o en un entorno médico menos intensivo.

Aetna, UnitedHealthcare, BlueAdvantage Administrators of Arkansas, HealthSCOPE Benefits, Precedence Inc. (con respecto al Plan Local UnityPoint) y Mercy Health Communities (con respecto a todos los Planes locales de Mercy) cumplen con determinadas políticas para determinar si un procedimiento, servicio, equipo o insumo resulta médicamente necesario. Los beneficios están sujetos a los términos de estas políticas, las cuales pueden variar según el administrador de la red subcontratado.

Usted y su proveedor de atención médica pueden acceder a las políticas de cobertura de Aetna, UnitedHealthcare y BlueAdvantage Administrators of Arkansas a través de los respectivos sitios web, que aparecen en la tabla **Recursos** que figura al principio de este capítulo. Puede acceder a las políticas de cobertura de HealthSCOPE Benefits por teléfono al **800-804-1272**.

Los beneficios del AMP están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidos en las políticas de cobertura que administra el administrador de la red subcontratado con respecto a la necesidad médica.

Su red de proveedores

Dependiendo de su lugar de trabajo y del plan de seguro médico que elija, uno de los siguientes administradores de la red subcontratados administrará sus beneficios conforme al AMP:

- Aetna
- BlueAdvantage Administrators of Arkansas
- HealthSCOPE Benefits
- UnitedHealthcare.

El plan mantiene contratos con cada uno de los administradores de la red subcontratados mencionados anteriormente y también con Mercy Health Communities (para todos los Planes Locales de Merc), Emory, UnityPoint, Memorial Hermann y Ochsner para proporcionar una red de proveedores de atención médica que pueden brindar servicios médicos cubiertos conforme al AMP a precios con descuento. Su proveedor puede incluir redes especiales, como los servicios de los Centros de excelencia y servicios avanzados de diagnóstico por imágenes dentro de su red. Los proveedores dentro de la red aceptan un monto que negocia el administrador de la red subcontratado por los servicios cubiertos específicos como pago total (el cargo máximo permitido por los servicios dentro de la red), sujeto a las condiciones de los costos compartidos y del deducible anual correspondientes de acuerdo con la cobertura que eligió.

Para obtener las listas de proveedores, comuníquese al número que figura en su tarjeta de identificación del plan o seleccione el directorio de proveedores en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Si su proveedor abandona la red, su beneficio se ajustará de igual forma, de acuerdo con las condiciones de su plan de seguro médico. Si cuenta con la cobertura del Plan Premier,

del Plan de Contribución o del Plan de Ahorro y su lugar de trabajo no se encuentra en Florida Central, en Dallas/Fort Worth o en el noroeste de Arkansas, los servicios que brinda un proveedor que abandonó la red, por lo general, se tratan como si fueran un beneficio de un proveedor fuera de la red, por lo tanto, es posible que deba pagar cualquier monto que supere el cargo máximo permitido o que deba elegir otro proveedor dentro de la red. Si cuenta con la cobertura de un plan local, o del Plan Premier, Plan de Contribución o Plan de Ahorro en Florida Central, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, donde no se brinda cobertura para proveedores fuera de la red, excepto en casos de emergencia, los servicios del proveedor no están cubiertos conforme al plan.

El Plan no proporciona servicios hospitalarios ni médicos y no es responsable de ningún acto u omisión por parte de los proveedores o agentes de dichos proveedores, entre ellos, del incumplimiento o rechazo de la prestación de los servicios. La responsabilidad de las decisiones médicas es compartida entre usted y su proveedor. El AMP no realiza ningún tipo de declaración con respecto a la calidad de los servicios que brindan los proveedores.

NOTA: el AMP, los administradores de la red subcontratados y los proveedores dentro de la red pueden acordar determinados acuerdos de incentivos (que pueden pagar bonificaciones o retener pagos a los proveedores) los cuales están diseñados para recompensar los tratamientos rentables de alta calidad. Algunos contratos de planes locales incluyen dichos acuerdos. Póngase en contacto con su administrador de la red subcontratado para obtener información sobre estos acuerdos.

CUÁNDO SE PAGAN BENEFICIOS DE LA RED PARA GASTOS FUERA DE LA RED

Un gasto cubierto que asuma con un proveedor fuera de la red se puede tratar como un gasto de la red en las siguientes circunstancias:

- Si sus hijos dependientes menores de 19 años necesitan un tratamiento en un hospital de Children's Miracle Network.
- Si no hay proveedores dentro de la red de la especialidad correspondiente dentro de las 30 millas de su hogar (no corresponde en el caso de las opciones de planes locales).
- Servicios de un proveedor fuera de la red que involucran a una participante embarazada se consideran como cargos dentro de la red durante hasta seis semanas después del parto si los servicios se empezaron a brindar cuando el proveedor pertenecía a la red y no se produjeron interrupciones en la relación entre el médico y la paciente.
- Servicios de un proveedor fuera de la red, hasta la fecha efectiva del próximo período de inscripción anual, por un tratamiento que comenzó cuando el proveedor formaba parte de la red, si no se produjo una interrupción de la relación entre el médico y el paciente (por ejemplo, si cambia los administradores de la red subcontratados durante el año debido a un cambio de lugar de trabajo y está en medio de un tratamiento).
- Servicios de laboratorio, anestesia, radiología o patología, pero solo si tales servicios se reciben con relación a la atención de un proveedor de la red o de un hospital de la red.
- Servicios por el tratamiento recibido durante un viaje de vacaciones o de negocios en los EE. UU., cuando es posible que dicho tratamiento no se hubiese previsto de forma

razonable antes del viaje o el ciclo del tratamiento se iniciara antes del viaje y, por motivos médicos, se debiese continuar durante el viaje.

- Hasta el siguiente periodo de inscripción anual, cuando se agrega la cobertura conforme al plan y se utiliza un proveedor fuera de la red en un tratamiento que comenzó antes de la fecha de vigencia, si no se produjo una interrupción en la relación entre el médico y el paciente.

Si el administrador de la red subcontratado determina que ninguna de las circunstancias mencionadas anteriormente aplica, los servicios se cubrirán en función de la tasa de coseguro de la red del 75 %. Es posible que deba pagar por el tratamiento cuando lo reciba y presentar un reclamo por reembolso, el cual se basará en el cargo máximo permitido. Esto significa que el proveedor le facturará la diferencia entre el cargo máximo permitido y el cargo actual del proveedor.

Además, con respecto al servicio de traslado en ambulancia o en ambulancia aérea, los gastos cubiertos fuera de la red se pueden tratar como gastos cubiertos dentro de la red. Los montos que se pagan a través del AMP por los servicios de ambulancia o de ambulancia aérea se basan en hasta el 200 % del cargo máximo permitido si el participante ingresa directamente al hospital desde una sala de emergencias o si el participante fallece antes de ingresar al hospital.

Los montos que exceden el 200 % del cargo máximo permitido serán su responsabilidad y no contarán para el deducible anual o para el gasto máximo en efectivo. No se otorgan excepciones en cuanto al cargo máximo permitido si se producen circunstancias distintas a las que se describieron en esta sección. Para obtener información completa sobre la cobertura de ambulancia aérea, llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en el reverso de la nueva tarjeta de identificación del plan médico.

Visita a la sala de emergencia. El copago de la sala de emergencias es de \$300 por visita. Este copago es adicional al deducible anual y se debe pagar incluso después de que se haya alcanzado el deducible anual. El AMP pagará solo el cargo máximo permitido por los servicios cubiertos y únicamente se aplicarán los servicios cubiertos al deducible anual. Si el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencias se trata de una "emergencia", el AMP pagará el 100 % del cargo máximo permitido una vez que se haya alcanzado el deducible anual de proveedores dentro de la red, independientemente de si el centro pertenece a la red. Sin embargo, si se trata de un centro que no pertenece a la red, usted deberá hacerse cargo de cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. Si participa en algún plan local identificado en la página 50 de este *Libro de Beneficios para Asociados de 2020*, el centro no pertenece a la red y el administrador de la red subcontratado determina que la visita a la sala de emergencia no es una "emergencia", el AMP no cubrirá los servicios. Para todos los demás participantes, el AMP pagará el 50 % del cargo máximo permitido por los servicios cubiertos una vez que se haya alcanzado el deducible y usted deberá hacerse cargo de pagar el deducible, el otro 50 % y cualquier monto que supere el cargo máximo permitido. El copago de \$300 se anula si el paciente es hospitalizado directamente desde la sala de emergencias o si fallece antes de la hospitalización. Tenga en cuenta que los detalles de los costos compartidos que se describieron anteriormente se aplican a todos los servicios que se brinden en la sala de emergencias (el médico, el centro, las pruebas, etc.).



COBERTURA PARA VIAJES AL EXTRANJERO

Si viaja al exterior, siga estos pasos:

- Antes de comenzar el viaje, comuníquese con el administrador de la red subcontratado (o su HMO) para obtener más información acerca de la cobertura médica y los servicios médicos de emergencia para viajar al exterior. La cobertura fuera de los Estados Unidos puede variar.
- Siempre lleve la tarjeta de identificación del plan cuando viaje, y preséntela cuando reciba servicios médicos.

Redes de proveedores alternativas

En algunos lugares y en ciertas circunstancias, los participantes del AMP podrán acceder a redes de proveedores alternativas que tienen cláusulas de cobertura que difieren en cierta manera de las cláusulas del plan de seguro médico que se detallan en las páginas anteriores. Una red alternativa es, en esencia, una red dentro de otra red, un subgrupo de proveedores dentro de la red más amplia del Plan en un área de servicio particular. En los lugares donde funciona una red alternativa, deberá visitar a los proveedores de la red alternativa para conocer las condiciones de la red conforme al plan, es decir los deducibles anuales de la red y el coseguro del nivel de la red.

Si desea obtener servicios de proveedores médicos que están dentro del área donde funciona la red alternativa pero que no han llegado a un acuerdo para ser proveedores de esta red, estos servicios se considerarán fuera de la red y contarán con la cobertura correspondiente.

A continuación le ofrecemos información general sobre estas redes especiales alternativas.

REDES ALTERNATIVAS A TRAVÉS DE BLUEADVANTAGE ADMINISTRATORS OF ARKANSAS

Si BlueAdvantage Administrators of Arkansas es su administrador de la red subcontratado, puede acceder a redes alternativas de proveedores tal como se detalla a continuación.

- Florida: NetworkBLUE
- Georgia: Blue Open Access POS
- Kansas City, Misuri: Preferred-Care Blue
- Maryland, norte de Virginia, Distrito de Columbia: BlueChoice Advantage Open Access
- Misuri: Blue Preferred POS
- Nuevo Hampshire: BlueChoice Open Access POS
- Nueva Jersey: Horizon Managed Care Network
- Oklahoma Blue Preferred

- Pennsylvania: Community Blue Network.
- Tennessee: Network S
- Wisconsin: Blue Preferred POS

Para obtener información sobre estas redes alternativas, ingrese a [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o comuníquese con su asesor de atención médica al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

RED DE SERVICIOS AVANZADOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Si participa en las opciones del Plan Premier, del Plan de Contribución o del Plan de Ahorro, en cualquier lugar del país, es posible que pueda acceder a una red alternativa de proveedores de servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (es decir, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas). Para obtener información adicional sobre la cobertura de la red alternativa de servicios avanzados de diagnóstico por imágenes, llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en la tarjeta de identificación del Plan.

RED ADICIONAL A TRAVÉS DE UNITEDHEALTHCARE

Si UnitedHealthcare es su administrador de la red subcontratado y trabaja en los lugares que se mencionan a continuación, tendrá acceso a HPHC Insurance Company, una filial de Harvard Pilgrim Health Care:

- Massachusetts
- Maine
- Nuevo Hampshire.

Programa de atención preventiva

El AMP cubre al 100 % los servicios de atención preventiva elegibles de proveedores dentro de la red.

Si está inscrito en el Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver y trabaja en otras áreas que no sean el centro de Florida, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, el AMP reduce el beneficio al 50 % si utiliza un proveedor fuera de la red para los servicios de atención preventiva elegibles. Sus costos de gastos en efectivo no se aplicarán a su gasto máximo en efectivo.

Si está inscrito en el Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver y trabaja en el centro de Florida, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, o si está inscrito en uno de los planes locales, no se ofrecen beneficios si utiliza un proveedor fuera de la red para los servicios de atención preventiva elegibles. Sus costos de gastos en efectivo no se contarán para su gasto máximo en efectivo.

De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act), para que un servicio de atención preventiva reúna los requisitos para obtener una cobertura del 100 %, debe estar recomendado por uno de los organismos responsables de mantener las pautas de atención preventiva de Estados Unidos. Muchas de estas pautas están relacionadas con el género, la edad o los factores de riesgo para una enfermedad o afección. Consulte con su administrador de la red subcontratado para obtener más información.

Los servicios cubiertos incluyen los ejemplos que se enumeran a continuación: Consulte con su administrador de la red subcontratado para obtener información sobre los servicios preventivos que no figuran aquí. Para obtener la lista más actualizada de servicios preventivos cubiertos, ingrese a [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o comuníquese con su administrador de la red subcontratado al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA ADULTOS

- Un único examen de detección de **aneurisma aórtico abdominal** para hombres de edades específicas que hayan fumado alguna vez.
- **Abuso de alcohol**, examen de detección y asesoramiento.
- Uso de la **aspirina** para hombres y mujeres de determinadas edades (se requiere receta médica) Consulte el capítulo **Beneficio farmacéutico** para obtener más información.
- Prueba de detección de **presión arterial** para adultos.
- Prueba de detección de **cáncer colorrectal** para adultos desde los 50 años de edad en adelante.
- Prueba de detección de **depresión** para adultos.
- Prueba de detección de **diabetes (tipo 2)** para adultos de entre 40 y 70 años que tienen sobrepeso o son obesos, y asesoramiento para los pacientes que presentan un nivel de glucosa en sangre anormal.
- Asesoramiento **dietario y de actividad física** para adultos con mayor riesgo de enfermedades crónicas.
- **Ejercicios o terapia física** para adultos de 65 años de edad o más que viven en la comunidad y presentan mayores riesgos de sufrir caídas.
- Prueba de detección de **hepatitis B** para personas con alto riesgo.
- Prueba de detección de **hepatitis C** para personas con alto riesgo.
- Prueba de detección de **VIH** para los adultos con mayores riesgos.
- **Vacunas** para adultos: las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían:
 - Haemophilus Influenzae tipo B
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Herpes Zóster
 - Virus del papiloma humano
 - Gripe (vacunación contra la gripe)
 - Sarampión, papera, rubéola
 - Enfermedad meningocócica
 - Enfermedad neumocócica
 - Tétanos, difteria, tos ferina
 - Varicela

Obtenga más información sobre las vacunas y consulte los últimos cronogramas de vacunación en [cdc.gov/vaccines/schedules](https://www.cdc.gov/vaccines/schedules).

- Prueba de detección de **infección de tuberculosis latente (Latent tuberculosis infection, LTBI)** en personas de alto riesgo.
- Prueba de detección de **cáncer de pulmón** para ciertos adultos de entre 55 y 80 años con antecedentes de tabaquismo.

- Prueba de detección y asesoramiento en **obesidad** para todos los adultos.
- Asesoramiento para la prevención de **infecciones de transmisión sexual (Sexually transmitted infection, STI)** para adultos con mayor riesgo de infección.
- **Asesoramiento** en cáncer de piel para adultos jóvenes hasta la edad de 24 años.
- Prueba de detección de **sífilis** para todos los adultos con mayores riesgos.
- Prueba de detección de **consumo de tabaco** para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para fumadores.

SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA MUJERES, INCLUIDAS EMBARAZADAS

- **Aspirina (dosis baja)** para mujeres con 12 semanas de gestación y que presenten alto riesgo de padecer preeclampsia (se requiere receta médica). Consulte el capítulo **Beneficio farmacéutico** para obtener más información.
- Prueba de detección de **bacteriuria** en el tracto urinario y otras infecciones para mujeres embarazadas.
- Asesoramiento sobre pruebas genéticas para el análisis de **BRCA** para mujeres con mayores riesgos y, de indicarse después del asesoramiento, pruebas para el análisis de BRCA.
- Asesoramiento sobre **quimioprevención de cáncer de mama** para mujeres con mayor riesgo.
- **Mamografía para la detección de cáncer de mama** cada 1 a 2 años para mujeres mayores de 40.
- **Medicamentos recetados para reducir el riesgo de cáncer de mama** (tal como tamoxifén o raloxifeno) para determinadas mujeres que corren mayor riesgo de contraer cáncer de mama.
- Apoyo integral para **lactancia** y tres visitas de asesoramiento de proveedores capacitados, así como también acceso a insumos para la lactancia, para mujeres embarazadas o que están amamantando. Consulte con su administrador de la red subcontratado para obtener información sobre cómo obtener un extractor de leche.
- Prueba de detección del **cáncer de cuello uterino** para mujeres de entre 21 y 65 años.
- Examen para la detección de **infección por clamidia** para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo.
- **Métodos anticonceptivos:** Asesoramiento y educación para pacientes, procedimientos de esterilización y métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, sin incluir medicamentos abortivos. Consulte el capítulo **Beneficio farmacéutico** para obtener información sobre métodos anticonceptivos.
- Prueba de detección y asesoramiento para la **violencia doméstica e interpersonal** para todas las mujeres y, según corresponda, servicios de intervención inicial.
- Suplementos de **ácido fólico** para mujeres que pueden llegar a quedar embarazadas (se requiere receta médica). Consulte el capítulo **Beneficio farmacéutico** para obtener más información.
- Examen para la detección de **diabetes gestacional** para mujeres con embarazos de 24 a 28 semanas y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- Examen para la detección de **gonorrea** para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo.
- Examen para la detección de **Hepatitis B** para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.

- Prueba de detección y asesoramiento para el **Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**.
- Examen para la detección de **osteoporosis** para mujeres mayores de 65 años y mujeres posmenopáusicas más jóvenes según los factores de riesgo.
- Prueba de detección de **preeclampsia** para mujeres embarazadas que presentan presión arterial alta durante el embarazo.
- Examen para la detección de **incompatibilidad de Rh** para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo.
- Asesoramiento para prevenir **infecciones de transmisión sexual (ITS)** para mujeres sexualmente activas.
- Examen para la detección de **sífilis** para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo.
- Exámenes de detección de **consumo de tabaco** e intervenciones para todas las mujeres, y asesoramiento ampliado para fumadoras embarazadas.
- **Visitas para mujeres sanas** para obtener servicios preventivos recomendados para mujeres.

SERVICIOS PREVENTIVOS CUBIERTOS PARA NIÑOS

- Prueba de detección de **anemia** para niños de 12 meses.
- Examen para la detección de **autismo** para niños de entre 18 y 24 meses.
- Evaluaciones de **conducta** para niños de todas las edades.
- Prueba de detección de la **bilirrubina** para recién nacidos.
- Examen para la detección de **presión arterial** para niños de todas las edades.
- Análisis de **sangre** para recién nacidos.
- Examen para la detección de **displasia cervical** para mujeres sexualmente activas.
- Examen para la detección de **hipotiroidismo congénito** para recién nacidos.
- Prueba de detección de **insuficiencias cardíacas congénitas críticas** para recién nacidos.
- Examen para detección de **depresión** para adolescentes.
- Examen para detección de trastornos del **desarrollo** para niños menores de 3 años y seguimiento durante la niñez.
- Prueba de detección de **dislipidemia** para niños con alto riesgo de trastornos de lípidos.
- **Suplementos de fluoruro para quimioprevención** para niños sin fluoruro en la fuente de agua y barniz de fluoruro para los dientes de leche para todos los bebés y niños (se requiere receta médica).
- Medicamentos para la prevención de la **gonorrea** para los ojos de todos los recién nacidos.
- Examen de la **audición** para todos los niños.
- Mediciones de **altura, peso, longitud, circunferencia del cráneo, peso por longitud e índice de masa corporal** para niños.
- Examen de células falciformes o **hemoglobinopatías** para recién nacidos.
- Prueba de detección de **hepatitis B** para adolescentes con alto riesgo.
- Prueba de detección de **VIH** para adolescentes.

- Vacunas para niños recién nacidos hasta los 18 años de edad: la dosis, las edades y poblaciones recomendadas varían según las siguientes:
 - Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP y Tdap)
 - Haemophilus Influenzae tipo B
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Virus del papiloma humano
 - Poliovirus inactivo
 - Gripe (vacunación contra la gripe)
 - Sarampión, papera, rubéola
 - Enfermedad meningocócica
 - Enfermedad neumocócica
 - Rotavirus
 - Varicela

Obtenga más información sobre las vacunas y consulte los últimos cronogramas de vacunación en [cdc.gov/vaccines/schedules](https://www.cdc.gov/vaccines/schedules).

- Examen de detección de **plomo** para niños con riesgo de exposición.
- **Historia clínica** para todos los niños durante el período de desarrollo.
- Asesoramiento y examen para la detección de **obesidad**.
- Evaluaciones de riesgo para la **salud bucal** para niños pequeños (recién nacidos hasta 10 años).
- Examen para la detección de **fenilcetonuria (PKU)** para este desorden genético en recién nacidos.
- **Examen físico** para niños de todas las edades.
- Exámenes y asesoramiento para la prevención de **infecciones de transmisión sexual (STI)** para adolescentes con alto riesgo de infección.
- Asesoramiento sobre **cáncer de piel** para adultos jóvenes de hasta 24 años y padres de niños pequeños.
- Evaluación sobre **el consumo de tabaco, alcohol o drogas** para adolescentes que presentan mayor riesgo.
- Intervenciones **por consumo de tabaco** en niños y adolescentes que se encuentran en edad escolar.
- Prueba de **tuberculosis** para niños con alto riesgo de tuberculosis.
- Examen de la **visión** para todos los niños.

PROGRAMA DE VACUNA CONTRA LA GRIPE

Se cubre al 100 % una vacuna anual contra la gripe conforme al AMP durante la temporada de gripe entre septiembre y marzo cuando recibe la vacuna de un proveedor de la red.

Si está inscrito en el Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver y trabaja en otras áreas que no sean el centro de Florida, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, el AMP reduce el beneficio al 50 % del cargo máximo permitido si utiliza un proveedor fuera de la red para la vacuna, y usted es responsable del otro 50 % más cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido. Sus costos de gastos en efectivo no se aplicarán a su gasto máximo en efectivo.

Si está inscrito en el Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver y trabaja en el centro de Florida, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, o si está inscrito en uno de los planes locales, no se ofrecen beneficios si utiliza un proveedor fuera de la red para la vacuna. Sus costos de gastos en efectivo no se contarán para su gasto máximo en efectivo.

La vacuna también se puede administrar en las farmacias de Walmart y de Sam's Club participantes. Si está inscrito en el AMP, debe mostrar su tarjeta de identificación del plan para que le administren la vacuna.

SALUD DE LA CONDUCTA: PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

El Plan incluye una cobertura para servicios de salud mental y abuso de sustancias de la misma forma que otros beneficios médicos y de hospitalización, incluida la atención en instituciones de salud de la conducta.

Se brinda cobertura para:

- Un centro de salud conductual que brinda atención a pacientes hospitalizados las 24 horas;
- Tratamiento residencial;
- Hospitalización parcial o atención para pacientes ambulatorios que requiere un servicio de seis a ocho horas por día, de cinco a siete días por semana; o
- Atención intensiva para pacientes ambulatorios que requiere de dos a cuatro horas por día, de tres a cinco días por semana.

Consulte los cuadros de resumen del plan de seguro médico que figuran anteriormente en este capítulo para obtener información sobre cómo los servicios de salud conductual están cubiertos por los planes disponibles.

Notificación previa

Usted o su proveedor pueden comunicarse de forma voluntaria con su administrador de la red subcontratado para obtener información sobre la cobertura antes de obtener la mayoría de los servicios médicos y de salud conductual al número que figura en su tarjeta de identificación del plan. Si opta por notificar al administrador de la red subcontratado sobre una admisión programada de salud conductual o médica, deben hacerlo con 24 horas de anticipación a la admisión. En el caso de los servicios de emergencia, los administradores de la red subcontratados deben ser notificados lo antes posible, antes de las 24 horas después de la admisión. No obstante, no es una condición de la cobertura dar aviso dentro de las 24 horas luego de la admisión.

Las respuestas del administrador de la red subcontratado a sus preguntas durante un llamado de notificación previa no garantizan el pago ni aseguran la cobertura conforme al AMP, como así tampoco ninguna declaración que realice el administrador de la red subcontratado anula ninguna condición del AMP correspondiente a su reclamo para los beneficios. El administrador de la red subcontratado no puede tomar una determinación definitiva sobre un reclamo por teléfono o por correo electrónico. Esto significa que todas las respuestas que se otorguen por teléfono o correo electrónico siempre quedan sujetas a futura revisión en virtud de los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones por escrito del AMP.

Su cobertura se puede limitar o rechazar si, cuando se reciben los reclamos por los servicios, una revisión muestra que corresponde una exclusión o limitación de beneficios, el participante con cobertura no era elegible para los beneficios en la fecha en que fueron provistos, la cobertura finalizó por falta de pago de las primas, se aplican limitaciones fuera de la red o si existe otro motivo para rechazar el reclamo conforme a las condiciones del AMP.

Autorización previa

Los proveedores dentro de la red deben obtener autorización previa para determinados servicios, entre los que se incluyen los siguientes:

- Admisiones de pacientes para internación (en hospitales, centros de cuidados paliativos y otras instituciones) para los beneficios médicos, incluidas las instalaciones de tratamiento residencial.
- Admisiones de pacientes para internación (en instituciones de salud de la conducta) para los beneficios de salud mental y abuso de sustancias.
- Internaciones por maternidad que superen la duración estándar de internación del administrador de la red subcontratado.
- Atención domiciliaria
- Cirugía ambulatoria
- Servicios de radiología ambulatorios, incluidas las resonancias magnéticas y las tomografías computarizadas
- Diálisis ambulatoria
- Servicios ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias, entre los que se incluyen:
 - Desintoxicación
 - Terapia por electrochoque (Electroconvulsive therapy, ECT)
 - Análisis de la conducta aplicado (Applied behavior analysis, ABA)
 - Exámenes neuropsicológicos
 - Tratamiento de día por medio de una internación parcial
 - Tratamiento ambulatorio intensivo
 - Atención psiquiátrica domiciliaria
- Ambulancia para situaciones que no son de emergencia (aérea o terrestre)
- Procedimiento de reconstrucción que puede considerarse cosmético
- Prueba genética para el análisis de BRCA
- Servicios de rehabilitación (terapia física, ocupacional, del habla)
- Determinados dispositivos protésicos y equipo médico duradero
- Ensayos clínicos
- Medicamentos especializados recetados por el proveedor
- Servicios brindados conforme al programa de los Centros de excelencia, incluidos los siguientes:
 - Cirugía cardíaca
 - Cirugía de columna
 - Reemplazo de cadera y rodilla
 - Trasplantes (incluidos trasplantes de órganos, células madre, médula ósea y riñón)
 - Terapia con células T CAR
 - Dispositivos de asistencia ventricular (Ventricular Assist Devices, VAD) y corazones totalmente artificiales
 - Cirugía para la pérdida de peso

Los requisitos de autorización previa varían según el administrador de la red subcontratado. Para obtener una lista completa de servicios para los cuales se requiere una autorización previa, llame a su asesor de atención de la salud al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

Su proveedor de la red solicitará autorización previa de estos servicios en su representación. Para los servicios fuera de red, es posible que tenga que solicitar la autorización previa usted mismo. Si se aprueba la solicitud de autorización previa, los servicios solicitados se considerarán servicios cubiertos en virtud del AMP siempre que sea elegible para recibir los beneficios.

Si se rechaza la solicitud de autorización previa, usted y su proveedor serán notificados, y tanto usted como el proveedor pueden apelar el rechazo. Si desea proceder con un servicio que no está autorizado previamente, usted será responsable de pagar todos los cargos del proveedor. Para obtener más información sobre cómo apelar una solicitud de autorización previa rechazada, consulte el capítulo sobre **Reclamos y apelaciones**.

Asistencia en el control de su salud

EL ASESOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Si necesita comunicarse con su administrador de la red subcontratado, para obtener la aprobación de un servicio, hablar con un enfermero registrado, preguntar sobre un reclamo u otro asunto, comuníquese al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan. De esta forma se comunicará con su asesor de atención médica, su único punto de contacto para todas las consultas. Según la naturaleza del problema, el asesor de atención de la salud responderá sus preguntas o lo guiará para que se comunique con el departamento correcto. Este proceso ayuda a garantizar que reciba información y asesoramiento coherentes para consultas relacionadas con la cobertura.

CONTROL DE LA ATENCIÓN

Si está inscrito en un plan que ofrece el AMP, puede acceder al beneficio de los servicios de administración de atención voluntaria, incluido un equipo médico personal. Estos servicios tienen como finalidad darle coherencia a una amplia gama de atención y servicios brindados a los participantes del Plan. El objetivo del control exitoso de la atención es observar al individuo en su totalidad en vez de analizar solo los síntomas o las afecciones que se diagnostican por separado. Esto puede resultar en una atención de mayor calidad, mejoras en la experiencia con los proveedores y el administrador de la red subcontratado, como así también en gastos médicos en efectivo posiblemente más bajos.

Entre algunas de las circunstancias en las que un administrador de atención de enfermería puede trabajar con usted, se incluyen las siguientes:

- Está enfermo o lesionado y hospitalizado.
- Tiene una cirugía programada.
- Descubre que tiene una enfermedad crónica o viene enfrentando una enfermedad crónica en curso.
- Tiene una afección relativa a la salud de la conducta o al abuso de sustancias.
- Le recetan varios medicamentos recetados con posibles interacciones.
- Simplemente tiene una pregunta sobre su salud.

- Vuelve del hospital y necesita ayuda para entender el plan de alta.
- Está participando en el programa de maternidad Vida con Bebé o un programa de maternidad similar que ofrecen ciertas opciones de planes locales.

El programa de administración de la atención del administrador de la red subcontratado, junto con el proveedor médico, puede aprobar determinados servicios médicamente necesarios que de otro modo no están cubiertos por el AMP ya que exceden un límite en cuanto al tratamiento (es decir, cantidad de días o consultas). Las reglas del AMP con respecto a los deducibles anuales y el coseguro se continuarán aplicando a cualquier beneficio adicional que apruebe el programa de administración de la atención. Todas estas decisiones están sujetas a la determinación que tome el administrador de la red subcontratado en cuanto a la necesidad médica.

Su equipo médico también puede ayudarlo con los costos médicos en los que puede incurrir por los servicios "involuntarios" fuera de la red. Estos son costos en los que incurre cuando no puede controlar su elección de proveedor (por ejemplo, si se somete a una cirugía en un hospital de la red, pero la anestesia se la administra un anestesiólogo que no es un proveedor dentro la red) o cuando no cuenta con una base razonable para creer que el proveedor es un proveedor fuera de la red. En algunos casos, es posible que los beneficios fuera de la red se paguen como beneficios dentro de la red (consulte [Cuándo se pagan beneficios dentro la red para gastos fuera de la red](#) que aparece anteriormente en este capítulo). En otros casos, el administrador de la red subcontratado puede negociar con proveedores fuera de la red antes o después de que se presten los servicios para reducir los cargos facturados que usted debe pagar de acuerdo con el beneficio fuera de la red del plan. No se garantiza que se produzca una reducción de sus costos fuera de la red.

Si se comunica con el administrador de la red subcontratado, según la naturaleza de su pregunta, es posible que lo deriven al administrador de cuidado de enfermería. En otras ocasiones, es posible que el administrador de atención de enfermería se comunique con usted, por ejemplo para invitarlo a participar en el programa de control de la salud.

Para comunicarse con su equipo médico, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan. La participación en el programa es voluntaria y no afecta su elegibilidad para participar en el AMP.

PROGRAMA QUIT TOBACCO PARA DEJAR DE FUMAR

De acuerdo con los Institutos Nacionales de Salud, el consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad que se pueden prevenir y de muerte en los Estados Unidos. Con el fin de ayudarlo a abandonar este hábito, la compañía ofrece el programa gratuito Quit Tobacco para usted y sus dependientes con cobertura que sean mayores de 18 años y que estén inscritos en el plan médico patrocinado por la compañía.

Al inscribirse en el programa, es posible que exista una variedad de servicios disponibles, entre los que se incluyen:

- **Apoyo en línea** de mentores y otras personas que han dejado el consumo de tabaco.
- **Asistencia telefónica** de un mentor capacitado en salud.

- **Apoyo por correo electrónico** con consejos para ayudarlo a dejar de fumar y permanecer motivado.
- **Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC)**, incluidos parches, goma de mascar o pastillas gratis. (Estos medicamentos también se los conoce como "terapia de reemplazo de nicotina" o "NRT" [Nicotine Replacement Therapy]).

Para inscribirse en el programa Quit Tobacco, comuníquese por teléfono al **866-577-7169**.

Si está inscrito en un plan HMO, comuníquese con su proveedor para conocer los programas gratuitos para dejar de fumar que se ofrecen a través de su plan.

Obtenga más información sobre el programa Quit Tobacco en el enlace de Quit Tobacco en [One.Walmart.com](#).

PROGRAMA DE MATERNIDAD VIDA CON BEBÉ

El programa Vida con Bebé es un programa exclusivo de atención prenatal que se ofrece sin costo para usted, su cónyuge o pareja con cobertura y otros dependientes con cobertura. Puede acceder a este programa si está inscrito en el AMP, salvo algunos planes locales, que ofrecen programas de maternidad similares para sus participantes. (Comuníquese con su asesor de atención médica para obtener más información).

Si está formando una familia, uniéndose a una o simplemente considerándolo, el programa Life with Baby la puede ayudar a tener un embarazo seguro y favorable. El programa se ofrece sin cargo, pero la inscripción no es automática. Se brinda asistencia durante la preconcepción, el embarazo, el parto (incluidas tres consultas para asesoramiento sobre lactancia) y el desarrollo del niño. Para inscribirse, llame a su asesor de atención de la salud al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan. Una vez inscrita, tendrá la oportunidad de hablar en forma confidencial con un enfermero personal registrado antes, durante y después del embarazo. La participación en el programa es voluntaria y no afecta su elegibilidad para participar en el AMP.

GRAND ROUNDS: INVESTIGACIÓN DE PROVEEDORES Y SEGUNDAS OPINIONES

Grand Rounds es una herramienta personalizada que le permite buscar médicos y servicios médicos en línea, consultar información de calidad, obtener segundas opiniones y obtener detalles adicionales sobre los cargos de un proveedor. Puede inscribirse ingresando a [grandrounds.com/walmart](#) o llamando a Grand Rounds al **800-941-1384**. El uso de la herramienta Grand Rounds no tiene ningún costo, pero cualquier gasto médico en el que incurra como resultado del uso de esta herramienta estará sujeto a las reglas del plan.

Investigación de proveedores: los participantes y dependientes de 18 años o más que están inscritos en el plan, salvo los participantes en Florida Central, Dallas/Fort Worth y el noroeste de Arkansas, reúnen los requisitos para usar las funciones de investigación de proveedores de Grand Rounds. Puede inscribirse ingresando a [grandrounds.com/walmart](#) o llamando a Grand Rounds al **800-941-1384**.

Con Grand Rounds usted puede realizar lo siguiente:

- Comparar médicos cercanos en función de la calidad.
- Obtener información sobre los costos de los proveedores.
- Revisar los detalles de su plan, incluido el progreso para alcanzar su deducible y máximo en efectivo

Si trabaja en Florida Central, Dallas/Fort Worth o en el noroeste de Arkansas, comuníquese con el asesor de atención médica al número que figura en su tarjeta de identificación del plan para obtener información sobre los médicos de la red y los detalles del plan. También puede encontrar información sobre los proveedores dentro de la red en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Segundas opiniones: los participantes y dependientes que están inscritos en el plan reúnen los requisitos para obtener una segunda opinión de parte de un especialista a través de Grand Rounds (en el caso de los dependientes elegibles menores de 13 años, el servicio se debe proporcionar al padre o la madre). En determinadas circunstancias, cuando recibe un diagnóstico o le recomiendan una cirugía o un tratamiento específico, el AMP cubrirá las segundas opiniones que se proporcionen en línea a través de Grand Rounds.

Defensa de reclamos: el equipo de atención de Grand Rounds puede ayudarlo con los aspectos financieros relacionados con los reclamos médicos. Los expertos especializados en reclamos pueden responder las preguntas que tenga sobre facturas médicas o explicaciones de beneficios, organizar la documentación relacionada con el seguro, auditar los costos del proveedor y del hospital, abogar en su nombre para resolver los errores de facturación y negociar con los proveedores y las compañías de seguro, según sea necesario, con respecto a los rechazos de reclamos.

VISITAS DE ASESORAMIENTO TELEFÓNICO POR VIDEO A TRAVÉS DE DOCTOR ON DEMAND

En ciertas circunstancias, el AMP cubrirá consultas médicas mediante tecnologías de telecomunicación, como las consultas por video. Los participantes inscritos en el AMP podrán acceder a Doctor on Demand, un servicio que ofrece consultas médicas por video. Los proveedores contratados de Doctor on Demand podrán diagnosticar, tratar y recetar medicamentos para una amplia gama de afecciones médicas que no sean emergencias. Este servicio se encuentra disponible en 50 estados, las 24 horas del día, los 7 días de la semana por computadora, tableta o teléfono inteligente. Doctor On Demand no puede proporcionar tratamiento para emergencias médicas ni para afecciones crónicas como la diabetes.

Doctor on Demand envía las solicitudes de servicio directamente a los administradores de la red subcontratados de los participantes con cobertura. Todos los participantes elegibles, salvo los participantes que se hayan inscrito en la opción del Plan de Ahorro, deben abonar un copago de \$4 para las consultas de asistencia médica por teléfono. Los participantes que se hayan inscrito en la opción del Plan de Ahorro, los servicios están sujetos a las mismas condiciones de cobertura que las consultas al médico convencionales (deducible, coseguro, etc.) hasta que alcance el deducible anual; una vez que lo alcance deberá abonar un copago de \$4 por las consultas. Si desea más información sobre los servicios y requisitos técnicos, visite Doctor on Demand en línea en [doctorondemand.com](https://www.doctorondemand.com) o llame al 800-997-6196.

Clínicas de Walmart

Walmart Care Clinic y Walmart Health son clínicas de atención primaria que se encuentran en algunas tiendas de Walmart. Ofrecen servicios de atención primaria minorista que incluyen visitas al consultorio, análisis de laboratorio y algunos servicios de atención preventiva para personas mayores de dos años.

Las visitas al consultorio se ofrecen a la mayoría de los asociados con cobertura a un precio con descuento de un copago de \$4, independientemente de su lugar de residencia o de trabajo. Debido a las normas del IRS que rigen los planes de salud que se utilizan con las cuentas de ahorro de salud, si está inscrito en la opción del Plan Saver debe pagar el precio minorista publicado al momento de utilizar Walmart Care Clinic o Walmart Health, a menos que la visita clínica se limite a servicios preventivos. El dinero de la HSA puede utilizarse para pagar los gastos médicos calificados recibidos en las clínicas.

Las pruebas de laboratorio y las vacunas que se administran completamente dentro del entorno clínico, pero que no están cubiertas como atención preventiva conforme al AMP, están disponibles por un cargo adicional, además del cargo por la visita. Los análisis solicitados dentro de Walmart Care Clinic o Walmart Health, pero que se realizan fuera del entorno de la clínica se encuentran cubiertos por los cargos de la red conforme al AMP. Estos cargos están sujetos al cargo máximo permitido del AMP y usted deberá hacerse cargo de cualquier diferencia entre el cargo máximo permitido del AMP y el verdadero cargo del proveedor.

Algunos servicios preventivos disponibles en Walmart Care Clinic o Walmart Health cuentan con cobertura para todas las opciones del AMP. Estos servicios preventivos están cubiertos sin costo para usted y sus dependientes. Consulte la sección [Programa de atención preventiva](#) que aparece antes en este capítulo para obtener una lista de los servicios cubiertos al 100 % si está inscrito en la cobertura médica del AMP.

COBERTURA DENTRO DE LA RED PARA DETERMINADAS CLÍNICAS DE WALMART

El administrador de la red subcontratado puede contratar a Walmart Care Clinics o a Walmart Healths para que sean proveedores dentro de la red, pero no todas las clínicas de Walmart son proveedores dentro de la red. A continuación se detalla la manera en que el AMP gestionará los gastos en efectivo en una clínica de Walmart según el estado de la red de la clínica:

Si la clínica de Walmart es un proveedor dentro de la red conforme a la opción del plan de seguro médico: La clínica presentará reclamos de seguro ante el administrador de la red subcontratado. Los gastos en efectivo que pague en esa clínica (luego de su copago de \$4) estarán sujetos al deducible anual y al gasto máximo en efectivo conforme a las mismas normas que se aplican a un proveedor dentro de la red.

Si la clínica de Walmart es un proveedor dentro de la red conforme a la opción del Plan: La clínica no presentará reclamos de seguro ante el administrador de la red subcontratado. Los gastos en efectivo en los que incurra no se pueden reembolsar conforme al AMP; tampoco se acreditarán a su deducible anual ni al el gasto máximo en efectivo.

Para saber si una Walmart Care Clinic o Walmart Health es un proveedor dentro de la red, consulte el directorio de proveedores dentro de la red o comuníquese con el administrador de la red subcontratado.

Centros de Excelencia

El programa de los Centros de Excelencia funciona con centros específicos para proporcionar servicios médicos relacionados con un rango de tratamientos y de procedimientos. A través de este programa, usted y sus dependientes con cobertura pueden acceder a proveedores y centros especializados en función de su experiencia en determinados procedimientos de alto riesgo o costo. El AMP ofrece este programa para que los participantes que padecen ciertas afecciones médicas graves puedan recibir atención de alta calidad. El programa de los Centros de excelencia cubre lo siguiente:

- Cirugías para determinadas afecciones cardíacas (a partir de los 18 años)
- Cirugías para determinadas afecciones de la columna vertebral (se aplican limitaciones de edad a algunas afecciones de la columna vertebral, como la escoliosis)
- Cirugía de reemplazo de cadera
- Cirugía de reemplazo de rodilla
- Revisión de la historia clínica a cargo de una institución de los Centros de Excelencia para determinados tipos de cáncer (todas las edades) para determinar si se recomienda hacer una evaluación en el lugar.
- Revisión de la historia clínica a cargo de una institución de los Centros de Excelencia para diálisis renal ambulatoria o enfermedad renal terminal (ESRD) (todas las edades) para determinar si se recomienda hacer una evaluación de trasplante de riñón en el lugar.

- Trasplantes de hígado, riñón, corazón (incluidos los Dispositivos de asistencia ventricular [Ventricular Assist Devices, VAD] duraderos y los corazones totalmente artificiales), pulmón (incluida la cirugía de reducción de volumen pulmonar [Lung Volume Reduction Surgery, LVRS]), páncreas, riñón y páncreas de forma simultánea, órganos múltiples y de médula ósea o células madre (incluido el tratamiento con células T CAR).
- Cirugías para la pérdida de peso mediante la derivación gástrica y la manga gástrica (mayores de 18 años).

Esta sección describe el programa de manera más detallada, incluidas las condiciones y las restricciones importantes. La tabla de resumen de **Centros de excelencia** sintetiza los términos para los servicios médicos que se cubren conforme al programa. Consulte también las secciones **Trasplante** y **Cirugía para la pérdida de peso** más adelante en este capítulo para obtener información detallada sobre esos beneficios.

Como se muestra en la tabla de resumen de **Centros de excelencia** a continuación, determinados servicios elegibles brindados en uno de los centros médicos incluidos en el programa están cubiertos al 100 % sin deducible anual (excepto la cirugía para la pérdida de peso). Sin embargo, si está inscrito en el Plan HSA, debe cumplir con su deducible anual antes de cualquier pago del Plan debido a las leyes impositivas federales.

CENTROS DE EXCELENCIA		
	Programa de Centros de excelencia	Su red de plan de seguro médico
Cirugía cardíaca	100 % sin deducible*	75 % después del deducible
Revisión de la historia clínica del cáncer con evaluación en el lugar, si se recomienda. Tipos de cáncer elegibles: de mama, colorrectal, pulmón, próstata, sangre (incluidos el mieloma, el linfoma y la leucemia)		
Revisión de la historia clínica de la diálisis renal ambulatoria o la ESRD con evaluación de trasplante de riñón en el lugar, si se recomienda		
Reemplazo de cadera y rodilla	100 % sin deducible*	Planes Premier, de Contribución, de Ahorro en áreas que no sean FL Central, Dallas/Ft. Worth y noroeste de AR: 50 % después del deducible fuera de la red
		Planes Premier, de Contribución, de Ahorro en FL Central, Dallas/Ft. Worth o noroeste de AR: 50 % después del deducible
		Planes locales: Sin cobertura**
Cirugía de columna	100 % sin deducible*	Sin cobertura**
Trasplante (Mayo Clinic únicamente. Excepto el trasplante de córnea y de intestinos)	100 % sin deducible*	Sin cobertura**
Cirugías para la pérdida de peso (Derivación gástrica y la manga gástrica)	75 % después del deducible	Sin cobertura**
* Debido a la ley impositiva federal, los participantes del Plan HSA deben cumplir con su deducible anual antes de que se pueda proporcionar el 100 % de los beneficios.		
**Consulte el texto contiguo sobre Centros de Excelencia para conocer en qué circunstancias se pueden aplicar las excepciones.		

En el texto contiguo sobre **Centros de excelencia**, se describen las condiciones y las restricciones adicionales del programa.

Si cree que puede ser un candidato para obtener los servicios de los Centros de excelencia, comuníquese con su asesor de atención médica al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación del plan. Para participar en el programa de los Centro de Excelencia:

- Uno de los administradores del programa de los Centros de excelencia debe programar y autorizar previamente los servicios. Los administradores particulares de quienes se debe obtener la autorización previa variarán en función del servicio específico que se debe proporcionar y, en ciertos casos, de la cobertura médica del asociado, tal como se detalla en la tabla **Administración de los Centros de excelencia** a continuación.
- Si rechazan su solicitud de autorización previa para obtener un servicio de los Centros de excelencia, tiene derecho a apelar la decisión. Consulte el capítulo **Reclamos y apelaciones** para obtener información. Tenga en cuenta que los servicios que se brinden en una instalación de los Centros de excelencia que no estén cubiertos conforme a los términos y las condiciones del programa de los Centros de excelencia estarán sujetos a la cobertura regular y a los términos de pago conforme al AMP.
- Para acceder a los servicios más elegibles, debe designar un acompañante determinado que esté dispuesto (y pueda) cumplir con los requisitos de acompañante.
- Para la mayoría de los servicios elegibles, debe estar seguro para viajar para recibir atención médica y no debe requerir atención de emergencia al momento del viaje.
- El centro médico donde recibirá los servicios se determinará en función del lugar donde vive y el servicio indicado.
- Reconoce que el centro médico debe recibir las historias clínicas necesarias antes de ser aceptado en el programa.
- Debe proporcionar la información de contacto de un médico local que haya aceptado controlar su atención de seguimiento luego de que regrese a su hogar de una instalación de los Centros de excelencia.
- Después de consultar con usted, el administrador de la red subcontratado determinará que su reclamo de beneficios no está sujeto a subrogación conforme a las condiciones del plan (consulte la sección **Derechos de subrogación y reembolso del plan** en el capítulo **Reclamos y apelaciones**).

Se cubrirán el traslado, el alojamiento y los viáticos diarios para usted y un acompañante para todos los servicios cubiertos conforme al programa de los Centros de excelencia, excepto la cirugía para la pérdida de peso. Estos servicios de

traslado deben estar autorizados previamente y programados a través del programa de los Centros de excelencia. El pago está sujeto a los límites aplicables. (Si está inscrito en una de las opciones de planes locales es posible que los beneficios en materia de traslados no estén disponibles).

Beneficio por atención especializada: En algunos casos, el administrador de la red subcontratado puede consultar con Grand Rounds para determinar si los servicios que necesita están disponibles en un centro en particular. Si Grand Rounds recomienda que lo evalúen en un centro específico en función de su condición, incluso si el centro no es un Centro de excelencia, el AMP cubrirá los mismos beneficios de traslados que aquellos que se pagan por trasladarse a una instalación de los Centros de excelencia. Estos servicios de traslado los debe autorizar previamente Grand Rounds y HealthSCOPE Benefits los debe programar. El reembolso por tratamientos médicos o servicios prestados en la instalación se pagará conforme a los términos correspondientes y no se reembolsarán como servicios de los Centros de excelencia a las tarifas que se indican en la tabla que aparece en la página anterior.

Si tiene una afección médica que reúne los requisitos para recibir atención médica conforme al programa de los Centros de excelencia y elije recibir tratamiento en una instalación fuera del programa de los Centros de excelencia, no se cubrirá su atención médica conforme a las tarifas de los Centros de excelencia. Por el contrario, la atención, por lo general, estará sujeta a las condiciones habituales de cobertura del AMP, tal como se resume en la tabla de **Centros de excelencia** que figura en la página anterior y que se describe de manera más detallada anteriormente en este capítulo. De manera similar, los servicios que recibe antes de la llegada y luego del alta de una instalación de los Centros de excelencia, incluidos los servicios que están aprobados por el administrador del programa de los Centros de excelencia, estarán sujetos a las condiciones de cobertura habituales del AMP.

NOTA: En circunstancias excepcionales, el AMP cubrirá la cobertura fuera de la red para determinados procedimientos de los Centros de excelencia. Estas excepciones se aplican solo a los participantes del Plan Premier, del Plan de Contribución o del Plan de Ahorro que trabajen en otras áreas que no sean Florida Central, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas. En el caso de los participantes elegibles del AMP, si es candidato para una cirugía cardíaca, revisión de la historia clínica del cáncer, reemplazo de cadera o rodilla o revisión de diálisis renal ambulatoria, y decide consultar con un proveedor fuera de la red, se cubrirán los servicios a una tasa de coseguro del 50 % una vez que alcance su deducible fuera de la red.

ADMINISTRACIÓN DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA

NOTA: Si está inscrito en un plan local, comuníquese con su asesor de atención médica para que se lo dirija al administrador correspondiente.

Cirugía cardíaca	Health Design Plus
Revisión de la historia clínica del cáncer (traslado en el lugar, si se recomienda)	HealthSCOPE Benefits
Revisión de la historia clínica de la diálisis renal ambulatoria o de la ESRD	HealthSCOPE Benefits
Cirugía de columna	Health Design Plus
Reemplazo de cadera y rodilla	Health Design Plus
Trasplante (Mayo Clinic únicamente. Excepto el trasplante de córnea y de intestinos)	HealthSCOPE Benefits
Cirugías para la pérdida de peso (Derivación gástrica y la manga gástrica)	Health Design Plus

CIRUGÍA DE COLUMNA Y REEMPLAZO DE CADERA O RODILLA

Cirugía de columna Si es elegible para obtener los beneficios de los Centros de excelencia y elige recibir tratamiento en una instalación fuera del programa de los Centros de excelencia, su tratamiento se considerará fuera de la red, incluso si el proveedor es un proveedor dentro de la red para otros fines. En dichas circunstancias, no se pagan beneficios, salvo en casos de emergencia.

Reemplazo de cadera o rodilla: Si es elegible para obtener los beneficios de los Centros de excelencia y elige recibir tratamiento en una instalación fuera del programa de los Centros de excelencia, su tratamiento se considerará fuera de la red, incluso si el proveedor es un proveedor dentro de la red para otros fines. En dichas circunstancias, las condiciones de cobertura del AMP son las siguientes:

- Si cuenta con cobertura conforme al Plan Premier, al Plan de Contribución o al Plan de Ahorro y trabaja en Florida Central, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, y el procedimiento lo lleva a cabo un proveedor dentro de la red, el coseguro del AMP es del 50 % y estará sujeto al deducible de la red antes de que se paguen los beneficios.
- Si cuenta con cobertura conforme al Plan Premier, al Plan de Contribución o al Plan de Ahorro y trabaja en Florida Central, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, y el procedimiento lo lleva a cabo un proveedor dentro de la red, el coseguro del AMP es del 50 % y estará sujeto al deducible de la red antes de que se paguen los beneficios.
- Si cuenta con cobertura conforme a cualquiera de las opciones de planes locales y el procedimiento lo lleva a cabo un proveedor fuera del programa de Centros de Excelencia, no se pagarán beneficios, salvo en casos de emergencia.

Solicitudes para excepciones a los términos de cobertura del Plan para la cirugía de columna y reemplazo de cadera y rodilla

En el caso de la cirugía de columna y del reemplazo de cadera y rodilla, puede solicitar una excepción a las normas mencionadas anteriormente, que establecen de qué manera el AMP cubrirá estos procedimientos cuando se lleven a cabo fuera del programa de los Centros de excelencia. Puede solicitar una excepción para que los procedimientos realizados por un proveedor dentro de la red que no pertenezca a los Centros de Excelencia estén cubiertos a una tasa de coseguro del 75 % de la tarifa con descuento dentro de la red y el costo compartido se aplicará al deducible de su red y al gasto máximo en efectivo de la red. Según si ya recibió tratamiento cuando realiza su solicitud, se tratará como un reclamo de servicio previo o reclamo de servicio posterior (como se describe a continuación) y se decidirá en función de las normas especiales para otorgar excepciones a los términos de cobertura del Plan para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera y rodilla conforme al programa de los Centros de Excelencia, tal como se describe en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Solicitud de excepción de servicio previo: Si aún no recibió tratamiento pero está considerando la posibilidad de obtener servicios de parte de un proveedor que no pertenece a los Centros de excelencia, puede presentar una solicitud de autorización previa (un reclamo previo a recibir el

servicio). Puede presentar un reclamo previo a recibir el servicio si el hecho de trasladarse hasta el lugar donde se encuentra el proveedor de los Centros de excelencia podría provocar la muerte, una parálisis u otras lesiones. También puede presentar un reclamo previo a recibir el servicio si la instalación de los Centros de excelencia no recomienda llevar a cabo la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla debido a que no se considera un tratamiento médico adecuado o si no se considera que usted es un candidato adecuado para la cirugía. La solicitud se debe enviar a Health Design Plus y una Organización de revisión independiente la considerará siguiendo los procedimientos que se indican en la sección [Procedimientos especiales para la aprobación de excepciones de acuerdo con las condiciones de cobertura para la cirugía de columna y de reemplazo de cadera y rodilla](#) en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Si se otorga su solicitud, la cobertura será a la tarifa dentro de la red correspondiente, incluidos los deducibles, los coseguros o las limitaciones. Si su solicitud se rechaza debido a que Health Design Plus, a través de una Organización de revisión independiente, determina que el traslado hasta el proveedor de un Centro de excelencia es seguro, en función de la documentación recibida, la cobertura para la cirugía de reemplazo de cadera y articulación de la rodilla que se lleve a cabo en una instalación que no pertenezca a un Centro de excelencia se pagará en un 50 % como se indicó anteriormente y ningún beneficio se pagará en el caso de una cirugía de columna que se lleve a cabo en una instalación que no pertenezca a un Centro de excelencia, también como se indicó anteriormente.

La decisión de no realizar la cirugía de columna y de reemplazo de cadera o rodilla tomada por los respectivos proveedores de los Centros de excelencia no estará sujeta a revisión conforme a este proceso si la decisión del proveedor de los Centros de excelencia se toma en función de una determinación de que el procedimiento no es adecuado porque usted se rehúsa a cumplir con las restricciones o los requisitos médicos, incluidos la pérdida de peso, dejar de fumar, dejar de consumir bebidas alcohólicas, recibir apoyo social o factores similares.

Solicitud de excepción de servicio posterior: Si ya recibió servicios por parte de un proveedor que no pertenece a los Centros de excelencia, puede presentar un reclamo posterior al servicio ante el administrador de la red subcontratado, tal como se describe en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Es posible que su reclamo se apruebe en los siguientes casos:

- Si sufre una lesión traumática que da lugar a la necesidad de una cirugía inmediata o tenía la necesidad de recibir una cirugía inmediata, sin la cual podría perder la vida o quedar paralítico.
- Los servicios fueron proporcionados por un proveedor dentro de la red que decidió comenzar un tratamiento antes de la fecha efectiva de esta disposición y no hubo interrupciones en la relación entre el médico y el paciente.

Si se aprueba su reclamo, la cobertura será a la tarifa dentro de la red o fuera de la red correspondiente, según su proveedor, incluidos los deducibles, los coseguros o las limitaciones. Si se rechaza su reclamo, puede solicitar una apelación, tal como se describe en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

COORDINACIÓN LIMITADA DE LOS BENEFICIOS

Por lo general, el AMP no coordina los beneficios en relación con los reclamos conforme al programa de los Centros de Excelencia, excepto la coordinación con Medicare en el caso de ciertos beneficios en materia de trasplantes o según lo exija la ley. Para todos los demás servicios de los Centros de excelencia, si una parte de un beneficio de los Centros de excelencia podría haber sido pagada por otro plan de salud, el AMP no pagará el monto del reclamo.

TRASPLANTES

Para reunir los requisitos necesario para recibir los beneficios de un trasplante, de una cirugía de reducción del volumen pulmonar (LVRS) o de un tratamiento con células T CAR conforme al programa de los Centros de excelencia, debe estar inscrito en el AMP durante al menos 12 meses. Si está inscrito en el Plan eComm PPO o en un Plan de HMO no es elegible para los beneficios de trasplante, pero si luego obtiene cobertura en una de las opciones del AMP, el tiempo que está inscrito en el Plan eComm PPO o en uno de HMO contará para el periodo de espera de 12 meses. Si no está inscrito en una de las opciones de Plan, el tiempo que esté inscrito en un seguro contra accidentes o por enfermedades críticas no se contará para el período de espera de 12 meses.

Si cancela la cobertura por cualquier motivo y vuelve a inscribirse, el tiempo previo que estuvo inscrito en la cobertura se computa para el período de espera de 12 meses.

El período de espera de 12 meses no se aplicará a la colocación de dispositivos de asistencia ventricular (Ventricular Assist Devices, VAD) duraderos ni corazones artificiales, independientemente de si el VAD está relacionado con un trasplante.

El periodo de espera de 12 meses se aplicará a los asociados y, por separado, a los dependientes con mayor cobertura (salvo en los casos que se describen en la página siguiente), es decir, el asociado cubierto y cada dependiente cubierto deben cumplir con su propio periodo de espera de 12 meses. Si se incorpora un dependiente nuevo a la cobertura del AMP desde el nacimiento o la adopción del niño a partir de la fecha de nacimiento del niño, no se aplicará el periodo de espera de 12 meses del dependiente nuevo.

El periodo de espera de 12 meses se omite para los asociados localizados y sus dependientes con cobertura. También se puede renunciar al periodo de espera de 12 meses si su médico certifica que, de no practicarse el trasplante, el participante con cobertura morirá de manera inminente dentro de las siguientes 48 horas. Consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#) para obtener más información sobre la solicitud una exención.

Si su médico recomienda un trasplante, llame a HealthSCOPE Benefits al **479-621-2830** o al **800-421-1362**.

Pautas para los trasplantes cubiertos

- Debe someterse a una evaluación previa al trasplante en Mayo Clinic. Por realizar este examen, Mayo Clinic no constituye un agente del Plan. Es intención del Plan que este examen se realice conforme a la relación médico-paciente entre Mayo Clinic y el participante. Se cubrirán

el viaje, el alojamiento y los viáticos diarios para usted y un acompañante durante los exámenes para trasplante exigidos en Mayo Clinic.

- Los trasplantes de hígado, riñón, corazón (incluidos los VAD duraderos y los corazones artificiales), pulmón (incluida la cirugía de reducción de volumen pulmonar [Lung Volume Reduction Surgery, LVRS]), páncreas, riñón y páncreas de forma simultánea, órganos múltiples y de médula ósea o células madre (incluido el tratamiento con células T CAR) se deben realizar en Mayo Clinic o en un centro aprobado, o no se cubrirán los beneficios, excepto cuando se revise y apruebe una solicitud de excepción formal de la red en casos donde haya un riesgo considerable de que el traslado hasta Mayo Clinic ocasione la muerte, o la organización de revisión independiente apruebe la cobertura en un centro diferente en el que Mayo Clinic determine que no recomendará ni realizará un trasplante debido a que no es un curso de tratamiento médico apropiado o la persona no es un candidato adecuado (consulte [Solicitudes de trasplantes de órganos en centros que no sean Mayo Clinic](#) en la siguiente página).
- Los reclamos de servicios de trasplantes elegibles que se realizan en Mayo Clinic (incluidos los pediátricos) deben presentarse ante HealthSCOPE Benefits y están cubiertos al 100 % sin deducible anual. Sin embargo, si está inscrito en el Plan HSA, debe cumplir con su deducible anual antes de cualquier pago del Plan debido a las leyes impositivas federales. Además, se proporcionan servicios de traslado, alojamiento y viáticos diarios para usted y su acompañante, sujeto a los límites correspondientes.
- El AMP no cubre bajo ninguna circunstancia los trasplantes de partes del cuerpo (por ejemplo, cara, manos, pies, piernas, brazos, útero). El Plan no cubre servicios relacionados con trasplantes para investigación y/o experimentación, a menos que se recomienden y se realicen en Mayo Clinic o en un centro aprobado.
- Los beneficios para un procedimiento de trasplante cubierto en Mayo Clinic y los gastos relacionados, incluidos el viaje, el alojamiento y los viáticos diarios, finalizarán un año después del trasplante o después de la realización de la evaluación un año después del trasplante.
- De acuerdo con Mayo Clinic, no se ofrece cobertura del 100 % en el caso de los procedimientos y dispositivos no relacionados con un trasplante, y esta cobertura quedará sujeta a las condiciones y limitaciones correspondientes del AMP, incluidos los deducibles anuales y el coseguro (dentro de la red y fuera de la red). Esto incluye ciertos procedimientos de manga gástrica que se llevan a cabo en Mayo Clinic durante un trasplante de hígado.
- Los servicios no relacionados con trasplantes que se presenten en Mayo Clinic no están cubiertos al 100 % y están sujetos a las condiciones y limitaciones correspondientes del AMP, incluidos los copagos, el deducible anual y el coseguro (dentro de la red y fuera de la red).
- La organización del viaje para recibir los servicios relacionados con el trasplante estará a cargo del coordinador del trasplante. Para realizar los arreglos correspondientes al traslado, llame a HealthSCOPE Benefits al **479-621-2830** o al **800-421-1362**.

- Los reclamos por trasplantes y LVRS que no se realicen de acuerdo con las pautas establecidas en este capítulo y en el capítulo **Reclamos y apelaciones** se rechazarán.
- La cobertura se limita a los trasplantes de órganos humanos.

Solicitudes de trasplantes de órganos en centros que no sean Mayo Clinic

- Puede presentar un reclamo ante una Organización de revisión independiente para solicitar un trasplante de órganos en un centro que no sea Mayo Clinic en los siguientes casos:
 - Si existe un riesgo considerable de que el traslado hasta Mayo Clinic podría derivar en muerte.
 - Si Mayo Clinic determina que no recomendará ni realizará un trasplante debido a que no es un curso de tratamiento médico apropiado o usted no es un candidato adecuado para un trasplante.

El Plan debe recibir su reclamo dentro de los 120 días calendario del rechazo inicial del trasplante por parte de Mayo Clinic. Su reclamo será analizado conforme a las reglas especiales para reclamos de trasplantes en un centro que no sea Mayo Clinic, según se detalla en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

- La organización de revisión independiente estará formada por personas designadas por el administrador del AMP y no incluirá empleados de la compañía, de Mayo Clinic ni un administrador de la red subcontratado del AMP. La organización de revisión independiente revisará los expedientes médicos relevantes que revisó o generó Mayo Clinic, y todo otro material que usted presente, y considerará diversos factores, incluidos tratamientos alternativos, pruebas y estudios científicos, opiniones de otros profesionales médicos, la naturaleza de investigación o experimental de los procedimientos propuestos y el posible beneficio que el trasplante tendría.
- Si la Organización de revisión independiente determina que el trasplante y el tratamiento relacionado son médicamente necesarios, la Organización de revisión independiente aprobará una excepción para realizar un trasplante fuera de Mayo Clinic, conforme a los beneficios médicos regulares.
 - Los reclamos estarán cubiertos en un 75 % para los proveedores dentro de la red una vez que alcance el deducible anual.
 - Si está inscrito en el Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan de Ahorro y trabaja en Florida Central, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, los reclamos estarán cubiertos al 50 % del cargo máximo permitido si utiliza un proveedor fuera de la red, incluso después de haber alcanzado el gasto máximo en efectivo. Usted deberá hacerse cargo del otro 50 % más cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido. El monto que pague por los servicios fuera de la red se aplicará al deducible de la red hasta que lo haya alcanzado, y también se aplicará al deducible anual fuera de la red. El deducible de la red se aplica al gasto máximo anual en efectivo. (Tenga en cuenta que los servicios que brinden los proveedores fuera de la red no están cubiertos conforme al Plan Premier, al Plan de Contribución o al Plan de Ahorro en el centro de Florida,

Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, ni en ninguna de las opciones de planes locales, salvo en casos de emergencia).

- El Plan no cubrirá los gastos de viaje o alojamiento ni proporcionará un viático diario para dichos trasplantes.

El rechazo de trasplantes por parte de Mayo Clinic no estará sujeto a revisión bajo este proceso si la decisión de Mayo Clinic se basa en una determinación que establece que el trasplante no es adecuado debido a que el participante se rehúsa a cumplir con las restricciones o los requisitos médicos, como perder peso, dejar de fumar, dejar de beber alcohol, apoyo social o factores similares. Los reclamos relacionados con un trasplante en el que ya se haya brindado un tratamiento se tratarán de acuerdo con los procedimientos de reclamos y apelaciones médicos habituales que se indican en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

Receptores de trasplantes pediátricos menores de 19 años

- Los receptores de trasplantes pediátricos de menos de 19 años (excepto los trasplantes de riñones, córneas e intestinos) deben someterse a un examen previo al trasplante en Mayo Clinic, a solicitud de la misma institución, y a una evaluación en Mayo Clinic.
- Una vez que se completa una revisión o consulta en Mayo, si se buscan servicios de trasplante en un centro que no sea Mayo Clinic, los reclamos relacionados con un trasplante se cubrirán en un 75 % para los proveedores dentro de la red una vez que haya alcanzado el deducible anual.
- Si su opción de plan médico le brinda cobertura para la utilización de proveedores fuera de red, los reclamos estarán cubiertos en un 50 % del cargo máximo permitido si usa un proveedor fuera de la red, aún después de que haya alcanzado el gasto máximo en efectivo. Usted deberá hacerse cargo del otro 50 % más cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido. El monto que pague por los servicios fuera de la red se aplicará al deducible de la red hasta que lo haya alcanzado, y también se aplicará al deducible anual fuera de la red. El deducible de la red se aplica al gasto máximo anual en efectivo. (Tenga en cuenta que los servicios que brinden los proveedores fuera de la red no están cubiertos conforme al Plan Premier, al Plan de Contribución o al Plan de Ahorro en Florida Central, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, ni en ninguna de las opciones de planes locales, salvo en casos de emergencia).
- Se proveerán servicios de traslado, alojamiento y un viático diario solo si el trasplante se lleva a cabo en Mayo Clinic.

Gastos de donantes de trasplantes

- Los gastos de los donantes de trasplantes elegibles respecto de un donante vivo están cubiertos cuando el receptor es un participante del AMP que reúne los requisitos para recibir la cobertura de trasplante y el plan de seguro médico del donante vivo o su proveedor de seguro no paga los costos y gastos para el donante.
- El coordinador de trasplante será quien disponga los gastos de los donantes de trasplantes elegibles relacionados con los beneficios de traslado y alojamiento. Antes de las citas, tiene la responsabilidad de proporcionar la información de contacto para el administrador del beneficio del trasplante al donante de trasplante elegible.

- Los gastos del donante cubiertos se pagarán conforme a las pautas relativas a los trasplantes, al mismo nivel de beneficios que el receptor, durante un periodo de hasta 120 días después del trasplante.
- Los gastos de adquisición y obtención de órganos de un donante muerto solo se cubren si los gastos forman parte de la tarifa contratada del proveedor por el administrador de la red subcontratado del plan.



TRASPLANTES DE CÓRNEA E INTESTINOS

Los trasplantes de riñón, córnea e intestinos no están incluidos en el programa de trasplante de los Centros de excelencia, y se pueden realizar en el centro dentro de la red de su elección, según los siguientes términos:

- Los reclamos se cubren en un 75 % para los proveedores dentro de la red una vez que alcance el deducible anual.
- Si su opción de plan médico le brinda cobertura para la utilización de proveedores fuera de red, los reclamos estarán cubiertos en un 50 % del cargo máximo permitido si usa un proveedor fuera de la red, aún después de que haya alcanzado el gasto máximo en efectivo. Usted deberá hacerse cargo del otro 50 % más cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido. El monto que pague por los servicios fuera de la red se aplicará al deducible de la red hasta que lo haya alcanzado, y también se aplicará al deducible anual fuera de la red. El deducible de la red se aplica al gasto máximo anual en efectivo. (Tenga en cuenta que los servicios que brinden los proveedores fuera de la red no están cubiertos conforme al Plan Premier, al Plan de Contribución o al Plan de Ahorro en Florida Central, Dallas/Fort Worth o el noroeste de Arkansas, ni en ninguna de las opciones de planes locales, salvo en casos de emergencia).
- No se cubrirán los gastos por viajes, alojamiento o viáticos diarios para estos trasplantes.

BENEFICIO DE LA CIRUGÍA PARA LA PÉRDIDA DE PESO

Determinadas cirugías para la pérdida de peso están cubiertas conforme al programa de los Centros de excelencia del AMP y están sujetas a criterios específicos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Los servicios deben ser brindados por un médico y una institución designados por el Plan.
- Si desea utilizar el beneficio de cirugías para la pérdida de peso debe estar inscrito para beneficios médicos en el Plan durante al menos 12 meses. Si está inscrito en el Plan eComm PPO o en un Plan de HMO no es elegible para

los beneficios de cirugías para la pérdida de peso, pero si luego obtiene cobertura en una de las opciones del Plan, el tiempo que está inscrito en el Plan eComm PPO o uno de HMO contará para el período de espera de 12 meses. Si no está inscrito en una de las opciones de Plan, el tiempo que esté inscrito en un seguro contra accidentes o por enfermedades críticas no se contará para el período de espera de 12 meses. Si cancela la cobertura por cualquier motivo y vuelve a inscribirse, el tiempo previo que estuvo inscrito en la cobertura se computa para el período de espera de 12 meses.

- Debe estar dispuesto a trasladarse hasta al centro designado por su propia cuenta (no se proporciona reembolso por traslados).
- Debe tener al menos 18 años de edad.
- Debe tener un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más o un IMC de 35 o más y al menos un factor de comorbilidad relacionado con la obesidad (diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedad cardiovascular, etc.).
- Debe aceptar cumplir con todos los requisitos mientras dure el tratamiento de la cirugía para pérdida de peso.

Si se sometió a un procedimiento de banda gástrica ajustable por laparoscopia para la pérdida de peso, y ahora necesita la extracción quirúrgica debido a complicaciones médicas, puede solicitar la evaluación del beneficio de cirugías para la pérdida de peso a cargo de una institución de los Centros de Excelencia para determinar si sería un candidato adecuado para cambiar a una cirugía para la pérdida de peso cubierta, durante o en forma conjunta con la extracción de la banda gástrica. Deberá presentar documentación para demostrar que cumple con los criterios clínicos antes mencionados para la cirugía bariátrica antes del procedimiento de banda gástrica Lap Band original.

La cobertura de la cirugía para pérdida de peso se brinda a nivel del beneficio de la red. Después de que alcance el deducible anual para gastos elegibles dentro de la red, el Plan paga el 75 % y usted paga el 25 %. Si cumple con los requisitos establecidos anteriormente y el médico le recomienda la cirugía para la pérdida de peso, llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan a fin de obtener un formulario de solicitud, el cual debe completar usted y su médico. Debe enviar el Formulario de solicitud completado a Health Design Plus a la dirección que figura en el formulario. Se considera que un reclamo se ha presentado una vez que Health Design Plus recibe el formulario de solicitud. El reclamo se determinará conforme a los procedimientos para los reclamos anteriores al servicio descritos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Cuándo se aplican beneficios limitados al AMP

Algunos servicios están sujetos a restricciones y limitaciones específicas, además de los requisitos del deducible y del coseguro o copago. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de un servicio en particular, comuníquese con el administrador de la red subcontratado al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

Las limitaciones y restricciones que se describen a continuación son adicionales a otras reglas del AMP,

incluidos los deducibles, los coseguro o copagos y las exclusiones. Se debe tener consideración de la cobertura adicional cuando esta esté autorizada por su administrador de atención de enfermería, según se describe en la sección **Administración de atención**.

También consulte **Qué no cubre el Plan Médico para Asociados**, más adelante en este capítulo.

Ambulancia: La cobertura de transporte en ambulancia o de traslado aéreo se limita hasta el hospital más cercano o el centro de atención para tratamientos más cercano que tenga la capacidad de administrar la atención y solo si dicho transporte es médicamente necesario en comparación con otros medios de transporte de menor costo y seguridad.

El Plan cubre el servicio de transporte en ambulancia terrestre o aérea entre centros de atención de la salud si el tratamiento es médicamente necesario y no está disponible en el primer centro.

El Plan cubre el transporte en ambulancia o en ambulancia aérea desde un hospital hasta un centro de cuidados paliativos (incluidas residencias donde se brindan cuidados paliativos).

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

Control de la natalidad y anticonceptivos: Estos son algunos de los métodos anticonceptivos prescriptos aprobados por la FDA para mujeres y esterilización femenina cubiertos conforme a la atención preventiva para mujeres:

- Diafragmas: colocación e insumos
- Capuchón cervical: colocación e insumos
- Dispositivo intrauterino (DIU): colocación, insumos y remoción (incluido el de cobre o con progestina)
- Píldoras anticonceptivas (incluidas la píldora combinada, solo con progestina y de uso extendido/permanente)
- Parche para el control de la natalidad
- Anillo vaginal
- Inyección (por ejemplo, Depo Provera) colocada por un médico o un enfermero cada tres meses
- Método anticonceptivo implantable (por ejemplo, Implanon)
- Plan B, cuando sea recetado
- Ella, cuando sea recetado
- Esterilización femenina (incluidos el implante de esterilización quirúrgica y la cirugía)
- Esponja vaginal, cuando sea recetada
- Condones femeninos, cuando sean recetados
- Espermicida, cuando sea recetado

El AMP cubrirá los anticonceptivos genéricos solo cuando un médico los recete (y los anticonceptivos de marca cuando sea médicamente necesario). Si su médico considera que es necesario desde un punto de vista médico recetar un anticonceptivo de marca, usted podrá presentar un reclamo de cobertura de una droga de marca.

La atención y los dispositivos que no se incluyen en el beneficio de anticonceptivos son:

- Abortos
- Medicamentos abortivos prescritos, incluido, por ejemplo, el RU-486
- Esterilización masculina
- Métodos anticonceptivos de venta libre que no se receten, incluidos, entre otros, Plan B, espermicidas, condones, esponjas vaginales, termómetros basales y equipos para predicción de la ovulación

Ensayos clínicos: Los ensayos clínicos aprobados se cubren únicamente en circunstancias excepcionales. Los costos rutinarios del paciente relacionados con la participación en ensayos clínicos aprobados de Fases I a IV para el tratamiento del cáncer u otras afecciones que ponen en peligro la vida, según lo determina el administrador de la red subcontratado y lo exige la ley. Estos costos están sujetos a los deducibles y las limitaciones correspondientes del AMP y no incluyen los costos del elemento, dispositivo o servicio en investigación, elementos que se proporcionan para la recolección de datos o servicios que son incompatibles con las normas de atención establecidas.

Equipos médicos duraderos (DME)/Insumos médicos para el hogar: El DME que cumple con todos los criterios que se mencionan a continuación está cubierto, excepto de acuerdo con lo que se establece en la sección **DME no cubierto** en la página siguiente.

Estas son algunas características del equipo DME:

- Se puede utilizar repetidamente;
- Se utiliza principalmente por un motivo médico y no por comodidad o conveniencia;
- Por lo general, no resulta útil en ausencia de una enfermedad o lesión.
- Está relacionado con una afección médica y es recetado por un médico;
- Es adecuado para el uso en el hogar;
- Está determinado que cumple con los criterios médicos de cobertura para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, ayudar a mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo, ayudar a que una parte dañada del cuerpo funcione dentro de los parámetros funcionales o evitar que una afección empeore.

La cobertura para insumos médicos para el hogar, tales como insumos para ostomías, para el tratamiento de heridas, insumos para traqueotomías y ortótica. Un doctor en medicina (medical doctor, MD) o un doctor en osteopatía (doctor of osteopathy, DO) deben recetar los insumos para que puedan obtener cobertura. Las medias quirúrgicas están limitadas a 12 pares por año calendario.

Para tener cobertura, un médico debe incluir un diagnóstico, el tipo de equipo necesario y el tiempo esperado de uso. Algunos ejemplos de DME son las sillas de ruedas, las camas de hospital y los andadores. Si el equipo se alquila, el beneficio total no puede exceder el precio de la compra en el momento en que comenzó el alquiler.

La reparación del DME se cubre si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El paciente es el propietario del equipo;
- Las reparaciones necesarias no son consecuencia de la negligencia del paciente o el uso indebido del equipo;
- El gasto que conlleva una reparación no excede el gasto de la compra de un equipo nuevo.
- La garantía no cubre el equipo.

Si el DME que posee el paciente se encuentra en reparación, se cubrirá el alquiler por hasta un mes de ese DME. El pago depende del tipo de dispositivo de reemplazo que se proporciona, pero no excederá el alquiler del equipo que está en reparación.

DME no cubierto: motocicletas, estimuladores implantables e invasivos para el crecimiento de los huesos (excepto en el caso de cirugías de columna), bañeras en forma de silla, asientos elevables, sillas rodantes, vaporizadores, orinales, gabinetes ultravioleta, piscinas de hidromasaje, bacinillas, baños portátiles de parafina, almohadillas térmicas, lámparas térmicas, compresas frías, calientes o de vapor, dispositivos para medir o registrar la presión arterial y otros equipos o productos médicos que no son médicamente necesarios.

Atención podológica: Para la atención podológica quirúrgica en relación con el tratamiento de las siguientes afecciones, el Plan permite un total de tres visitas al proveedor por año calendario:

- Juanetes
- Callos o callosidades
- Pies planos, desequilibrados o con falta de estabilidad
- Metatarsalgia
- Dedo en martillo
- Hallux valgus/dedos en garra
- Fascitis plantar

La prescripción de los servicios debe estar a cargo de un doctor en medicina (MD), doctor en osteopatía o doctor en podología (DPM).

La atención quirúrgica de corte abierto (incluida la extracción de las raíces de las uñas) y la atención no quirúrgica a causa de una enfermedad metabólica y vascular periférica no están sujetas al límite por año calendario.

Es posible que los dispositivos ortóticos para los pies estén cubiertos si los receta un médico calificado y si se moldean de manera personalizada bajo la supervisión del médico, sujeto al límite por año calendario descrito anteriormente. Los zapatos ortopédicos recetados por un médico se limitan a dos pares de zapatos ortopédicos por año calendario.

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

- Cirugía de reasignación de sexo, incluida la cirugía para que un hombre se convierta en mujer y viceversa
- Terapia de sustitución hormonal, incluidas las pruebas de laboratorio para controlar la terapia hormonal
- Visitas para psicoterapia

La cirugía de reasignación de sexo se cubre únicamente si es mayor de 18 años. El tratamiento cosmético de la disforia de género no está incluido en la cobertura.

Atención de enfermería en el hogar: Se cubrirán los servicios de enfermería profesional de atención privada domiciliaria si los presta un enfermero vocacional autorizado aprobado por el estado (LVN), un enfermero autorizado matriculado (LPN) o un enfermero licenciado (RN). Estos servicios no pueden ser prestados por un pariente ni una persona del mismo grupo familiar que el paciente. Los beneficios de atención de enfermería en el hogar están cubiertos hasta un máximo de 100 visitas por año calendario. Una visita comprende dos horas o menos.

Atención en centros de cuidados paliativos: La atención en centros de cuidados paliativos es un programa integrado que brinda comodidad y servicios de apoyo a los enfermos terminales. La atención en centros de cuidados paliativos está cubierta para los participantes que tiene una expectativa de vida estimada de 12 meses o menos, según lo declare el médico que trata la enfermedad. La atención en centros de cuidados paliativos puede proporcionarse a un paciente hospitalizado o externo e incluye atención física, psicológica, social, espiritual y de relevo para la persona con una enfermedad terminal así como apoyo a los familiares más cercanos, incluidas las parejas, mientras la persona recibe la atención en centros de cuidados paliativos. Los beneficios están disponibles solo cuando la atención en centros de cuidados paliativos se recibe de una agencia de cuidados paliativos con licencia, que puede ser un hospital.

La atención en centros de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y ambulatorios está cubierta hasta 365 días por enfermedad. Los participantes pueden continuar recibiendo tratamiento y participando de ensayos clínicos aprobados mientras se obtienen servicios en centros de cuidados paliativos. Es posible que haya cobertura disponible para días adicionales si se determina que es médicamente necesaria.

Tratamiento para la infertilidad: Los servicios para el diagnóstico y la corrección de una condición de infertilidad subyacente están cubiertos. Consulte [Qué no cubre el Plan médico de los asociados](#) que aparece más adelante en este capítulo y obtenga una lista de los servicios no cubiertos para la infertilidad.

Cobertura médica durante viajes de negocios internacionales: La compañía proporciona un seguro médico para los viajes de negocios internacionales a través de una póliza de seguro de GeoBlue. Si participa en el Plan de Ahorro, no reúne los requisitos para realizar contribuciones a una HSA durante ningún mes en el que se encuentre viajando por negocios de la compañía fuera de los EE. UU. y cuenta con cobertura conforme a la póliza de GeoBlue, la cual proporciona una cobertura de beneficio médico para los asociados que viajan por negocios al exterior. Se le recomienda consultar con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre el monto para reducir sus contribuciones en función de sus circunstancias individuales.

Asesoramiento nutricional: Se cubre dentro del Plan el asesoramiento nutricional para niños si es médicamente necesario debido a una enfermedad crónica (por ejemplo, PKU, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, galactosemia, etc.) en la que una adaptación en la alimentación tiene una función terapéutica cuando lo receta un médico y lo ofrece un proveedor (por ejemplo,

un dietista licenciado, un nutricionista licenciado u otro profesional de la salud licenciado y calificado). Los beneficios se limitan a tres consultas por afección por año. Consulte la sección **Programa de atención preventiva** para obtener información sobre beneficios adicionales relacionados con el asesoramiento nutricional y de obesidad para adultos y niños.

Uso no autorizado de medicamentos inyectables para la quimioterapia para pacientes con cáncer: Estos medicamentos se cubrirán siempre que se consideren médicamente necesarios, los recomiende uno de los siguientes tres compendios de medicamentos y no los recomiende uno o más de los mismos compendios (pertinente a la fecha de servicio):

- *Servicio de Información sobre Medicamentos del American Hospital (AHFS);*
- Farmacología clínica en línea; o
- La Red Nacional Integral del Cáncer (consenso), categoría 1 (la recomendación se basa en evidencia de alto nivel y hay un consenso uniforme de la NCCN), o categoría 2A (la recomendación se basa en evidencia de nivel inferior y hay un consenso uniforme de la NCCN).

Si usted o su médico no están seguros sobre cuál es la cobertura del Plan para algún tipo de medicamento recetado, verifique los detalles de la cobertura llamando al Administrador de la red subcontratado de su plan médico al número que figura en la tarjeta de identificación de su plan. También puede llamar a OptumRx al **844-705-7493**.

Uso no autorizado de medicamentos inyectables para la quimioterapia para pacientes sin cáncer: Estos medicamentos se cubrirán siempre que se consideren médicamente necesarios y los recomiende uno de los siguientes compendios de medicamentos (pertinente a la fecha de servicio):

- *Servicio de Información sobre Medicamentos del American Hospital (AHFS);* o
- Farmacología clínica en línea.

El plan no cubre ningún medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) haya determinado que su administración está contraindicada o no es recomendable. La cobertura para los medicamentos aprobados por la FDA está sujeta a los requisitos y las limitaciones correspondientes del AMP.

Tratamiento bucal: Los cargos por el cuidado de los dientes y las encías están cubiertos si los solicita un médico o dentista; los cuales incluyen, entre otros:

- Recetas
- Servicios en salas de emergencia por dolor bucal
- Tratamiento de fracturas o dislocaciones de la mandíbula como resultado de una lesión accidental
- Lesión accidental de las piezas dentarias naturales hasta un año después de la fecha del accidente (no se incluyen las lesiones causadas por el acto de morder o masticar; es posible que se cubra conforme al plan odontológico)
- Procedimientos odontológicos que son necesarios debido a una enfermedad grave (por ejemplo, cáncer) o a un evento traumático, siempre que el servicio odontológico sea médicamente necesario y sea inherente y UNA parte

integral del servicio cubierto por los beneficios médicos del AMP. Algunos ejemplos de servicios son, entre otros, la extracción de dientes antes o después de quimioterapia o radioterapia de cabeza y cuello. El tratamiento de tejidos bucales relacionados con la quimioterapia debe estar fundamentado con documentación que demuestre una relación directa entre las encías o el hueso destruidos y la quimioterapia.

- Procedimientos de cortes no odontológicos en la cavidad bucal
- Complicaciones médicas que son el resultado de un procedimiento odontológico
- Los gastos por servicios odontológicos realizados en un ambiente hospitalario, que incluyen instalaciones y cargos profesionales de procedimientos extensos en los que un cirujano bucal no puede suministrar anestesia general en un consultorio, o gastos de circunstancias que limitan la capacidad de un cirujano bucal de brindar servicios en un consultorio. Dichas circunstancias incluyen, entre otras, situaciones en las que la persona cubierta cumple las siguientes condiciones:
 - El niño es menor de 4 años
 - Entre 4 y 12 años, cuando se cumple alguna de estas condiciones:
 - La atención en un consultorio odontológico y los métodos comunes de modificación de la conducta no fueron exitosos; o
 - Se requieren cantidades extensas de atención (más de cuatro citas).
 - Un individuo con una de las siguientes condiciones médicas, que requiere hospitalización o anestesia general para el tratamiento odontológico:
 - Enfermedades respiratorias
 - Afecciones cardíacas
 - Trastornos de coagulación
 - Discapacidad grave (por ejemplo, parálisis cerebral, autismo, discapacidad del desarrollo)
 - Otra enfermedad grave (por ejemplo cáncer o trastorno neurológico)
 - Tracto respiratorio comprometido
 - Un individuo de cualquier edad cuya afección requiere procedimientos extensos que impiden que un cirujano bucal utilice anestesia general en el consultorio

Fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios:

Los cargos por fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios están cubiertos cuando los servicios cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios son recetados por un doctor en medicina (MD), un doctor en osteopatía o un doctor en podología (DPM).
- Los servicios son prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional matriculado o por uno de los tipos de médicos antes mencionados.

Este beneficio es pagado hasta un máximo de 20 visitas para fisioterapia y 20 visitas para terapia ocupacional por año calendario. Las consultas adicionales pueden cubrirse en caso de que los administradores de salud lo consideren adecuado.

Beneficios para embarazos: Los gastos de embarazos se cubren de igual manera que cualquier otra afección médica. (Los servicios prenatales elegibles se encuentran cubiertos dentro del programa de atención preventiva).

Se pagan beneficios por los gastos relacionados con embarazos de hijos dependientes. El recién nacido recibirá cobertura únicamente si es un dependiente cubierto del asociado con cobertura. Consulte [Cómo cambiar sus opciones debido a un evento de cambio de estado](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener información sobre cómo inscribir a un recién nacido en la cobertura.

Pruebas de antígeno prostático específico

(Prostate-specific Antigen, PSA): se cubren solo cuando se llevan a cabo como parte de un diagnóstico clínico.

Prótesis: Los dispositivos protésicos (como las extremidades artificiales) están cubiertos si son médicamente necesarios y los receta un médico, sujeto a los términos de los administradores de la red subcontratados. Se permitirá la sustitución de prótesis solo con un cambio de receta. Un traumatólogo especialista en ortopedia matriculado debe realizar las sustituciones de miembros artificiales.

Atención de rehabilitación: la rehabilitación para pacientes hospitalizados o de día está cubierta hasta un máximo de 120 días por afección, si se cumplen los criterios clínicos, para los siguientes grupos clínicos:

- Accidente cerebrovascular
- Lesión de la médula espinal
- Lesión cerebral
- Enfermedad congénita
- Trastornos neurológicos
- Amputación
- Osteoartritis grave o avanzada que afecte a dos o más articulaciones que soportan el peso del cuerpo
- Artritis reumatoide o de otro tipo
- Vasculitis sistémica con inflamación de las articulaciones
- Traumatismo múltiple significativo
- Quemaduras

Atención especializada: la atención médica que se brinda habitualmente en los siguientes establecimientos se cubre si se lo admite en este nivel de atención después de una hospitalización elegible para recibir cuidados intensivos:

- Centro de atención prolongada
- Centro de atención intensiva especializada a largo plazo
- Centro de atención de casos subagudos
- Centro de enfermería especializada
- Centro de atención transitoria

Los beneficios se limitan a un máximo de 60 días calendario por período de discapacidad. Los periodos sucesivos de hospitalización debidos a los mismos motivos o a causas relacionadas se consideran como un período de discapacidad, a menos que estén separados por un período de recuperación completa.

Tratamiento ortofónico: La terapia está limitada a 60 consultas por año calendario cuando:

- Es recetada por un doctor en medicina (MD) o un doctor en osteopatía (DO);
- Es provista por un terapeuta de comunicación licenciado.

Puede solicitarle al médico que emite la receta informes de progreso sobre los planes de tratamiento iniciales y en

curso. Para tener cobertura, el tratamiento ortofónico debe realizarse por una deficiencia residual del habla como resultado de:

- Un accidente cerebrovascular;
- Una lesión en la cabeza o el cuello;
- Parálisis parcial o completa de las cuerdas vocales o la laringe.
- Intervención quirúrgica de cabeza o cuello;
- Trastornos del habla congénitos y graves del desarrollo.

Consultas por video: los participantes inscritos en el AMP cuentan con cobertura para las consultas por video siempre y cuando se lleven a cabo por medio del servicio Doctor on Demand. Consulte la sección [Visitas de asesoramiento de la salud por video](#) que figura anteriormente en este capítulo para obtener información.

Servicios de la visión: El diagnóstico y el tratamiento de una lesión o enfermedad en los ojos tienen cobertura (por ejemplo, retinopatía diabética, glaucoma y degeneración macular, etc.). No están cubiertos los cargos por atención oftalmológica de rutina, por ejemplo, análisis de la visión, exámenes oculares o intervenciones quirúrgicas de los ojos para corrección de miopía o corrección de la visión, excepto los exámenes oftalmológicos para niños cubiertos conforme a las pautas de atención preventiva.

Tratamiento de pérdida de peso: la cirugía de pérdida de peso está cubierta solo por el programa de los Centros de excelencia cuando cumple con las pautas específicas de elegibilidad y los criterios clínicos. Los tratamientos para adelgazar, incluidos los medicamentos, los suplementos dietarios y las cirugías que se encuentran fuera del alcance del programa de los Centros de excelencia, no se encuentran cubiertos. Consulte la sección [Centros de excelencia](#) de este capítulo para obtener información sobre la cirugía para la pérdida de peso.

Qué no está cubierto por el AMP

Además de las exclusiones y limitaciones que se indican en la sección [Cuándo se aplican los beneficios limitados al AMP](#) de este capítulo, la siguiente lista incluye los servicios que no están cubiertos por el AMP. Los descuentos de la red no se aplican a estos servicios.

Si se inscribe en el Freedom Plan, es posible que pueda utilizar los fondos de su HSA para estos servicios y costos y otros gastos médicos calificados. Para obtener información, comuníquese con el administrador de la HSA.

Si desea averiguar si un servicio está cubierto por el Plan, comuníquese con el administrador de la red subcontratado al número que figura en su tarjeta de identificación del plan o consulte la contratapa interna de este libro para obtener la información de contacto.

Acupuntura

Servicios administrativos y comisiones por intereses: costos provenientes de emisión de formularios de reclamos, citas incumplidas, costos adicionales por citas acordadas los fines de semana o feriados, comisiones por intereses, tarifa de cobro o aranceles de abogados.

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

Autopsia

Fuera del alcance de la concesión de la licencia o sin licencia: servicios prestados por un médico, trabajador de atención de la salud o institución no acreditados o sin licencia, o servicios prestados fuera del alcance de la licencia de tal persona o entidad.

Biorretroalimentación

Reconstrucción o reducción de mamas: no se cubre ningún gasto o costo que resulte del agrandamiento de mamas (aumento), que incluye la colocación de los implantes y la extracción de estos, ya sea que se trate de hombres o de mujeres, excepto cuando el implante se extrae debido a daños o roturas del mismo. No se cubre la sustitución de un implante dañado o roto, a menos que el implante original se haya colocado según las condiciones elegibles que deberá pagar el Plan.

No se cubre ningún gasto o costo que resulte de reducciones de mamas, implantes o de la extracción total de mamas, ya sea que se trate de un hombre o de una mujer, a menos que estos procedimientos estén relacionados directamente con el tratamiento de una mastectomía, como estipula la ley (consulte la sección [Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998](#) más adelante en este capítulo), o a menos que el AMP realice una revisión médica y determine que el procedimiento es médicamente necesario.

Atención quiropráctica: la manipulación de la columna, las articulaciones o el tejido blando, más allá del tipo de proveedor que brinde el servicio, excepto por el hecho de que los participantes inscritos en los planes locales de Mercy para Arkansas, Oklahoma, sudeste de Missouri y St. Louis cuentan con cobertura limitada cuando un proveedor dentro de la red es quien brinda los servicios.

Copagos o descuentos, deducibles o coseguros

Servicios de salud cosmética y cirugía reconstructiva: salvo las anomalías congénitas, los servicios están cubiertos por ley (consulte la sección [Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998](#) más adelante en este capítulo) o para tratar afecciones que resulten de lesiones, tumores o enfermedades.

Cuidados especiales o de relevo: atención o servicios que se proporcionan en una institución u hogar para mantener el estado de salud actual de una persona que no se puede esperar que mejore de manera significativa.

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

Servicios educativos: incluso todos los servicios para trastornos del aprendizaje y educativos (que incluyen, pero no se limitan a trastornos de lectura, alexia, dislexia del desarrollo, discalculia, trastornos para deletrear y otras dificultades del aprendizaje).

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

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

Tratamientos y servicios experimentales y de investigación que no son médicamente necesarios: los servicios médicos experimentales o de investigación son aquellos que se definen como experimentales o de investigación de acuerdo con los protocolos establecidos por el administrador de la red subcontratado. El administrador de la red subcontratado de los Centros de Excelencia es quien toma esta determinación para los servicios de los Centros de Excelencia.

Terapia extracorporal de la onda de choque: para el tratamiento de la fascitis plantar y otras afecciones musculoesqueléticas.

Compensación del gobierno: costos que se compensen o que otorgue el gobierno local, estatal o federal o cualquier organismo de estos, salvo que se exija el pago legalmente.

Evaluación e intervención de salud y conducta: evaluación de factores psicosociales que probablemente tengan un impacto en los problemas y los tratamientos de la salud física, excepto las evaluaciones de conducta que se describen conforme al programa de cuidado preventivo.

Dispositivos para la audición: cargos por pruebas de audición de rutina y dispositivos de audición, excepto los exámenes de audición para niños, cubiertos conforme a las pautas de atención preventiva.

Copagos de la HMO

Ocupación ilegal, asalto, delito grave, disturbios o insurrección: cargos por servicios, insumos o tratamientos médicos que surgen de su participación en una ocupación ilegal, un asalto, un delito grave o una ofensa criminal (excepto en el caso de violación), o de su participación en un disturbio o insurrección, o que se prestan durante tales circunstancias.

Servicios de infertilidad: tratamiento por medios artificiales con el fin de lograr un embarazo. Los servicios de tecnología de reproducción asistida (ART) y otros servicios no cubiertos incluyen, entre otros:

- Medicamentos recetados para la infertilidad
- Cargos para dar marcha atrás con un procedimiento de esterilización
- Cargos para los servicios que presta una madre sustituta, un donante de óvulos o un donante de esperma, o cargos o relacionados con estos servicios
- Fertilización in vitro, GIFT, ZIFT, IVC, intracriopreservación de gametos, transferencia de embriones congelados e inseminación artificial, incluidos los cargos relacionados

Juicios y acuerdos

Reclamos fuera de término: los cargos recibidos después de los 18 meses de la fecha del servicio. Consulte [Presentación de un reclamo médico](#) que aparece más adelante en este capítulo para obtener información sobre la coordinación de beneficios. Si un participante establece que se presentó un reclamo dentro de estos plazos, pero el reclamo se presentó de forma errónea ante la compañía o ante el Administrador de la red subcontratado del Plan, ese plazo no se considerará con relación al período de presentación antes mencionado.

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

Lesiones o enfermedades relacionadas con la actividad

militar: Incluidas lesiones o enfermedades relacionadas con actos de guerra, declarados o no, o provocadas por estos.

Neurorretroalimentación**Proveedores o instituciones no acreditados/no autorizados****Servicios no cubiertos:**

- Servicios no incluidos específicamente como beneficio en esta Descripción Resumida del Plan
- Servicios prestados después de exceder el beneficio máximo para servicios específicos
- Servicios por los cuales usted debe pagar, por ejemplo, cargos fuera de la red no cubiertos.
- Cargos por servicios cuyo costo supera las tarifas contratadas con los proveedores; o
- Cargos por registros médicos.

Gastos en efectivo

Medicamentos y equipos de venta libre: excepto medicamentos específicos para el cuidado preventivo. Consulte el capítulo **Beneficio farmacéutico** para obtener más información.

Artículos para el cuidado personal: artículos principalmente para la comodidad o conveniencia personal, incluidos, entre otros, pañales, barandillas en bañeras, pasamanos, sillas elevadoras, mesas para comer en la cama, toallitas para incontinencia, rampas, asientos ajustados, artículos recreativos, mejoras para el hogar y electrodomésticos, bañeras de hidromasaje, pelucas y almohadillas para rodillas para la práctica de deportes.

Servicios prestados por un miembro de la familia del paciente**Servicios prestados por una entidad gubernamental mientras se encuentra privado de la libertad**

Servicios y productos farmacéuticos relacionados con la disfunción sexual: incluye terapia, tratamiento o productos farmacéuticos para el tratamiento de la disfunción sexual, excepto la disfunción sexual que resulte de una lesión accidental o del tratamiento de una enfermedad o afección (por ejemplo, disfunción eréctil que resulte de una prostatectomía o de una lesión de la médula espinal).

Exámenes físicos escolares/deportivos: los cargos relacionados con los exámenes físicos realizados para determinar si una persona está en condiciones de practicar un deporte o realizar una actividad escolar.

Maternidad sustituta: para pagar servicios de otros o actuar como sustituto.

Dispositivos para el habla: dispositivos auxiliares para el habla, por ejemplo, computadoras especiales o dispositivos diseñados para ayudar en la terapia con el fin de mejorar las habilidades motrices o psicológicas.

Terminación del embarazo: los costos de los procedimientos, servicios, medicamentos e insumos relacionados con abortos o interrupción de embarazos no se cubren, excepto en el caso en que la salud de la madre esté en peligro si el feto se desarrolla hasta llegar a término, si el feto no puede sobrevivir el parto o si se prevé que la muerte será inminente después del nacimiento.

Viaje y alojamiento, excepto según se especifica en la sección de beneficios de los Centros de excelencia

Vitaminas: cargos de vitaminas no recetadas (orales o inyectables), minerales, suplementos nutricionales o suplementos dietarios, excepto según se establece en la sección de **Programa de atención preventiva** de este capítulo.

Walmart Care Clinic/Walmart Health: cargos por servicios no preventivos, excepto donde Walmart Care Clinic o Walmart Health se considera un proveedor dentro de la red o por los servicios de laboratorio que se proporcionan fuera de la clínica por parte de un proveedor externo.

Programas de rehabilitación laboral o programas vocacionales similares

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

Presentación de un reclamo médico

Si utiliza un proveedor de la red, el proveedor generalmente presentará el reclamo en su nombre. Si utiliza un proveedor fuera de la red, es posible que usted deba presentar el reclamo. Si necesita presentar un reclamo, este debe incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Nombre, dirección y número de identificación fiscal del proveedor
- Identificación del seguro del asociado (aparece en la tarjeta de identificación del plan)
- Fecha del servicio
- Monto de los costos
- Códigos del procedimiento médico (deben figurar en la factura)
- Diagnóstico

Puede encontrar los formularios de reclamo en **One.Walmart.com**. Si no presenta el reclamo dentro de los 18 meses a partir de la fecha de servicio, su reclamo se rechazará. Los reclamos se resolverán dentro de los plazos y de acuerdo con los requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Busque la dirección correcta a la que debe enviar el reclamo en su tarjeta de identificación del plan. El envío de su reclamo a la dirección incorrecta puede resultar en el rechazo de su reclamo.

Una vez que incurra en gastos médicos y presente un reclamo, o se presente un reclamo en su nombre, los beneficios se pagarán directamente al proveedor de servicios de la red. El pago al proveedor exime al Plan de las obligaciones hacia usted por dicho beneficio.

Si su plan proporciona cobertura para proveedores fuera de la red y usted utiliza uno, es posible que el pago se le realice directamente a usted luego de que presente un comprobante de pago en su totalidad a su proveedor. Deberá pagar el 50 % del cargo máximo permitido, más cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido. Para su comodidad, el pago también se puede realizar a un proveedor fuera de la red, si usted autoriza explícitamente dicho pago. Su proveedor, pertenezca o no a la red, puede

no presentar apelaciones en su nombre, a menos que designe a su proveedor como representante autorizado, tal como se describe en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. El Plan prohíbe la asignación de beneficios, reclamos legales o causa de acción (ya sea conocida o no). Tenga en cuenta que, para su mayor comodidad, el AMP realiza los pagos directos a un proveedor.

Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado, tal como se describe en el capítulo **Reclamos y apelaciones**.

Si tiene cobertura conforme a más de un plan médico

El AMP tiene el derecho de coordinar con “otros planes” que le ofrecen cobertura de manera que los beneficios médicos totales que se deben cubrir no excedan el nivel de beneficios que, en caso contrario, se deben cubrir conforme al AMP. La denominación “otros planes” se refiere a los siguientes tipos de beneficios de atención médica y de la salud:

- Cobertura conforme a un programa de gobierno otorgado o exigido por ley, incluida la cobertura sin designación de culpa en la medida en que se exija en pólizas o contratos por una ley de seguros de vehículos motorizados o legislación similar;
- Seguro grupal u otra cobertura para un grupo de personas, incluida la cobertura conforme a otro plan del empleador o la cobertura para estudiantes obtenida a través de una institución educativa;
- Toda cobertura conforme a los planes fiduciarios de gestión laboral, planes de gremios para el bienestar, planes de organizaciones de empleadores o planes de organizaciones de beneficios para empleados;
- Toda cobertura conforme a planes gubernamentales, como Medicare o Tricare, excepto en el caso de un plan estatal de Medicaid u otro plan gubernamental cuando, por ley, sus beneficios son secundarios a los de otro seguro privado o programa no gubernamental;
- Toda póliza o plan de asociación o privados de reembolso de gastos médicos con capacidad grupal o individual.

Cuando tiene la cobertura de más de un plan, se designa a uno de ellos como el plan principal. El plan principal paga primero e ignora los beneficios que se deben cubrir conforme a otros planes cuando se los determine. Se designa cualquier otro plan como el plan secundario que paga los beneficios después del plan principal. Un plan secundario resta de sus beneficios el monto de beneficios que se deben cubrir conforme a “otros planes” y puede limitar los beneficios que paga.

Debe cumplir con las cláusulas del seguro principal a fin de que el Plan pague como pagador secundario.

Estas reglas se aplican independientemente de que se presente o no un reclamo conforme al otro plan. Si no se presenta un reclamo, los beneficios conforme al AMP quedarán pendientes o se rechazarán hasta que se reciba una explicación de los beneficios que demuestre que se presentó el reclamo ante el plan principal.

El AMP no coordinará como pagador secundario para ninguno de los copagos que usted realice con respecto a otro plan o con respecto a los reclamos de medicamentos recetados o trasplantes (excepto cuando el otro plan sea Medicare).

Si reside en un estado en el que es obligatorio tener cobertura de seguro de automóviles sin designación de culpa, cobertura de protección por lesiones personales o cobertura de pagos médicos, esa cobertura es la principal y el AMP adopta la condición de secundario. El AMP reduce los beneficios por un monto igual al requisito mínimo obligatorio del estado.

- El Plan tiene máxima prioridad de derecho a la reducción, al reembolso y a la subrogación.
- El Plan no coordinará beneficios con una HMO o con un plan de atención administrada similar en el que usted solo paga un copago o un monto fijo en dólares.
- El Plan no coordinará con ningún otro plan que no sea Medicare con respecto a un trasplante cubierto.

COORDINACIÓN DEL AMP CON OTROS PLANES			
	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Si otro plan paga como plan principal al:	80 %	80 %	0 %
Y el pago del AMP es:	75 %	100 %	75 %
El beneficio total del AMP es:	0 %	20 %	75 %

DETERMINAR CUÁL ES EL PLAN PRINCIPAL

Un plan sin una disposición de coordinación es siempre principal. El AMP incluye una disposición de coordinación. Si todos los planes incluyen una disposición de coordinación, se aplicarán las siguientes disposiciones:

- El AMP siempre es el pagador secundario para cualquier política de vehículos de motor que tenga a su disposición, incluida la protección contra lesiones personales o cobertura sin designación de culpa. Si el plan paga beneficios como resultado de lesiones o enfermedades que usted tuvo y otra parte (por ejemplo, una compañía aseguradora) tiene responsabilidad principal para sus gastos médicos cubiertos, el Plan tiene un derecho legal para el reembolso de beneficios. Para obtener más información, consulte el capítulo **Reclamos y apelaciones**.
- El plan que cubre al participante para el que se realizó el reclamo, que no sea como dependiente, paga primero y el otro plan paga en segundo término.
- Si el participante del plan está cubierto conforme al plan médico para jubilados que incluye una disposición de coordinación de beneficios, prevalecerá la disposición.
- Para los reclamos de hijos dependientes, el plan del padre con fecha de cumpleaños anterior en el año calendario es el primario.
- Cuando las fechas de cumpleaños de ambos progenitores coinciden en el mismo día, el plan que ha cubierto a la persona a cargo por un período de tiempo mayor es el primario.
- Cuando los progenitores de un hijo dependiente están divorciados o separados, o la pareja de hecho o relación legal se termina, y el progenitor que tiene la custodia no se ha casado de nuevo, el plan de ese progenitor es el principal.

- Cuando el progenitor con custodia se ha casado de nuevo, o ha iniciado una relación de hecho con otra persona, el plan de ese progenitor es el primario, el plan del nuevo cónyuge paga en segundo término y el plan del progenitor sin custodia paga en última instancia.
- Cuando existe una sentencia del tribunal que establece la responsabilidad financiera de los gastos de atención de la salud del niño, el plan que cubre al progenitor con responsabilidad financiera es el principal.
- Si estas reglas no establecen un orden de determinación de beneficios, el plan que ha cubierto al afiliado para el que se realizó el reclamo durante el período de tiempo más extenso será el principal.
- Si usted está cubierto conforme a un derecho de continuación de cobertura según la ley federal o estatal (por ejemplo, la cobertura de continuación de COBRA) y también está cubierto conforme a otro plan que lo cubre como empleado, suscriptor afiliado o jubilado (o como dependiente de esa persona), el último plan es el plan principal y la continuación de la cobertura es secundaria. Si el otro plan no tiene esta norma, y los planes no llegan a un acuerdo con respecto al orden de los beneficios, esta norma no se aplica.

SI USTED O UN DEPENDIENTE ESTÁ CUBIERTO CONFORME A MEDICAID

Si usted o su dependiente son participantes del AMP y también tienen la cobertura de Medicaid, el AMP pagará antes que Medicaid. El AMP no tendrá en cuenta la cobertura de Medicaid a los fines de la inscripción o del pago de beneficios.

Si, mientras usted está cubierto conforme a Medicaid, el Plan debe pagar beneficios, pero primero los paga el plan estatal, el pago a cargo del Plan se realizará según los requisitos de las leyes estatales correspondientes que establezcan que el pago se realizará al estado.

SI USTED O UN DEPENDIENTE ES ELEGIBLE PARA MEDICARE O ESTÁN INSCRITOS EN MEDICARE

Si está inscrito en Medicare Parte D, no podrá inscribirse en el AMP. Además, si su dependiente está inscrito en Medicare Parte D y usted no lo está, usted es elegible para inscribirse en un plan médico de Walmart pero su dependiente no será elegible para tal cobertura.

En general, la Ley de Seguridad Social exige que el AMP sea el pagador principal si usted o un dependiente es elegible para Medicare Parte A o Partes A y B, o está inscrito en tales planes, y cumple con uno de los siguientes criterios:

- En la actualidad es empleado de la compañía y tiene más de 65 años;
- En la actualidad es empleado de la compañía y su cónyuge/ pareja tiene más de 65 años;
- Es un participante activo o participante de COBRA que tiene derecho a Medicare sobre la base de una enfermedad renal terminal, pero sólo durante el primer período de 30 meses de elegibilidad para la cobertura de Medicare (se encuentre o no realmente inscrito en Medicare durante este período);

- Tiene menos de 65 años y tiene derecho a Medicare debido a una discapacidad y tiene cobertura conforme al Plan porque es un empleado de la compañía;
- Su dependiente tiene menos de 65 años y tiene derecho a Medicare debido a una discapacidad y tiene cobertura conforme al Plan porque es un empleado de la compañía.

El AMP es secundario si usted o su dependiente están inscritos en Medicare y cumplen con uno de los siguientes criterios:

- Usted o su dependiente es participante de COBRA, excepto en el caso del vencimiento de inscripción de Medicare debido a enfermedad renal terminal, para el cual el Plan sea primario para el primer período de elegibilidad de 30 meses para la cobertura de Medicare; o
- Usted o su dependiente son participantes activos o participantes de COBRA inscritos para recibir Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, después de que finaliza el período de coordinación de 30 meses con Medicare.

SI USTED TIENE 65 AÑOS O MÁS Y ES UN ASOCIADO ACTIVO

Si aún trabaja para la compañía, puede continuar su cobertura conforme al AMP. Si también tiene Medicare, el AMP por lo general será la principal cobertura y Medicare será la secundaria. Presente su reclamo ante el AMP en primer lugar.

También puede optar por dar de baja la cobertura conforme al AMP y elegir Medicare como su cobertura principal. Si opta por Medicare como su cobertura principal, no puede elegir el AMP como su plan secundario.

COBERTURA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES CONTRA LESIONES PERSONALES O COBERTURA DE PAGO MÉDICO EXIGIDAS POR EL ESTADO

Si reside en un estado en el que es obligatorio tener cobertura de seguro de automóviles sin designación de culpa, cobertura de protección por lesiones personales o cobertura de pagos médicos, esa cobertura es la principal y el Plan adopta la condición de secundario. El AMP reducirá los beneficios por un monto igual, pero no inferior, al requisito mínimo obligatorio del estado.

Suspensión de la cobertura

Es posible que en ocasiones deba hacer arreglos especiales para pagar sus primas médicas para evitar que se suspenda la cobertura. Estas situaciones se producen con mayor frecuencia si se encuentra en un permiso de ausencia o si su cheque de pago no es suficiente para pagar por completo la parte que le corresponde del costo de la cobertura (como por ejemplo después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

SI SE TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte **Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura finaliza el último día de trabajo o cuando deja de ser elegible conforme a los términos del AMP. La cobertura para dependientes caduca cuando finaliza su cobertura o cuando el dependiente deja de ser un dependiente elegible (según lo definido en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**). Usted o sus dependientes inscritos pueden reunir los requisitos para obtener una cobertura permanente a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación (Consolidated Omnibus Reconciliation Act, COBRA) de 1985 y sus enmiendas. Para obtener información, consulte el capítulo **COBRA**.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si termina su relación laboral y vuelve a trabajar para la compañía dentro de las 13 semanas, se lo volverá a inscribir automáticamente en la cobertura que tenía anteriormente (o se lo inscribirá en la cobertura más similar que se brinde conforme al AMP). Si regresa en 30 días o menos, el deducible anual, el gasto máximo en efectivo y la HRA (si corresponde) no se restablecerán. Si regresa después de 30 días pero dentro de las 13 semanas, el deducible anual, el gasto máximo en efectivo y la HRA (si corresponde) se restablecerán y usted deberá alcanzar el deducible y el gasto máximo en efectivo nuevos de su bolsillo nuevos en su totalidad. Usted tendrá 60 días luego de reanudar su relación laboral para dar de baja o cambiar la cobertura en la que fue reinscrito automáticamente.

Si regresa a trabajar y se vuelve a inscribir después de 13 semanas, será considerado como un asociado nuevo y podrá inscribirse para recibir la cobertura conforme a los periodos y las condiciones que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse

Si cancela la cobertura y se vuelve a inscribir dentro de los 30 días, se lo inscribirá de manera automática en la cobertura que tenía previamente (o en los planes más similares que ofrezca el AMP). El deducible anual y los periodos de espera no se restablecerán.

Si cancela la cobertura y se vuelve a inscribir después de los 30 días, será considerado como un asociado nuevo y podrá inscribirse para recibir la cobertura conforme a los periodos y las condiciones que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE DE LA COBERTURA Y SE LO VUELVE A INSCRIBIR

Si se da de baja a un hijo dependiente de la cobertura y luego se determina que es elegible para la cobertura dentro de los 30 días, se lo reinscribirá automáticamente en la misma cobertura que eligió para usted mismo. El deducible anual y los periodos de espera no se restablecerán.

Si su dependiente recupera la elegibilidad y se lo reinscribe después de 30 días, se lo tratará como un dependiente recientemente elegible. El asociado puede inscribirlo para la cobertura conforme a los periodos y las condiciones que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Otra información acerca del plan médico

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 establece que todos los planes médicos grupales que ofrecen beneficios médicos y quirúrgicos relacionados con la mastectomía deben ofrecer cobertura para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, según se determine tras la consulta de la paciente con el médico.

Esa cobertura estará sujeta a deducibles anuales y coseguros o copagos establecidos para el plan y aplicables de otro modo. Debe comunicarse por escrito la disponibilidad de tal cobertura al participante en el momento del registro y en forma anual posteriormente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Personal al **800-421-1362**.

COMENTARIOS SOBRE LAS ADMISIONES POR MATERNIDAD

Los planes de salud grupales y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley Federal, restringir los beneficios de la duración de una hospitalización relacionada con un parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural, o a menos de 96 horas después de una operación cesárea. Sin embargo, en general la ley federal no prohíbe al proveedor que le presta atención a la madre o al recién nacido, después de consultar a la madre, que se dé el alta hospitalaria a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, obligar a un proveedor a obtener autorización del plan o de la compañía del seguro para que indique una hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Beneficio de farmacia

Beneficio de farmacia	94
Cómo funciona el beneficio de farmacia	94
Qué no está cubierto por el beneficio de farmacia	96
Descuentos de farmacia para medicamentos recetados no cubiertos	97
Presentación de un reclamo de un beneficio de farmacia	97
Privacidad y seguridad	97

Beneficio de farmacia

Mantenga su buena salud y la de sus dependientes elegibles con sus beneficios de farmacia. Se incluye automáticamente en su plan de seguro médico.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Encontrar una farmacia de Walmart o Sam's Club	Visite One.Walmart.com o OptumRx.com/Walmart	
Encontrar una farmacia de la red de OptumRx	Visite OptumRx.com	Llame a OptumRx al 844-705-7493
Obtener la lista de medicamentos de marca cubiertos	Visite One.Walmart.com o OptumRx.com/Walmart	

Lo que debe saber sobre el beneficio de farmacia

- Tiene cobertura del beneficio de farmacia si se inscribe en cualquiera de las opciones de plan de seguro médico disponibles conforme al Plan Médico para Asociados (AMP). Si está inscrito en un plan HMO o el Plan eComm PPO, sus beneficios de farmacia se ofrecen por medio de su plan de seguro médico.
- “Farmacia de la red” se refiere a una farmacia de Walmart, Sam's Club u OptumRx, incluidas las farmacias de pedido por correo de Walmart y OptumRx.
- Si su lugar de trabajo queda a más de cinco millas de una farmacia de Walmart o Sam's Club, deberá usar una farmacia de Walmart o Sam's Club para que se paguen los beneficios de farmacia. Por lo general, los beneficios no se pagan si utiliza otra farmacia de la red (incluida una farmacia de la red de OptumRx).
- Si su lugar de trabajo queda a más de cinco millas de una farmacia de Walmart o Sam's Club, y tiene cobertura médica conforme al Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver, tiene la opción de surtir sus recetas en una farmacia de la red de OptumRx, además de una farmacia de Walmart o Sam's Club.
- Si tiene cobertura médica de una opción de plan local, debe usar una farmacia de Walmart o Sam's Club (incluido el pedido por correo) para que se paguen los beneficios, independientemente de la distancia desde su lugar de trabajo hasta una farmacia de Walmart o Sam's Club.
- Si tiene una afección crónica, como diabetes, asma o artritis, y necesita los mismos medicamentos recetados (o similares) de manera regular, tenga en cuenta la opción de pedido por correo.
- Los medicamentos de especialidad se pueden comprar en una farmacia especializada de Walmart. La farmacia especializada de Optum también es una opción.

Beneficio de farmacia

Los beneficios de farmacia cubren las prescripciones elegibles tanto de farmacias de la red minoristas como las que tienen el servicio de pedido por correo. Es elegible para la cobertura de la receta el día en que su cobertura médica entra en vigencia.

Para obtener los beneficios de farmacia elegibles, solo tiene que presentar la tarjeta de identificación del plan en una farmacia de Walmart o Sam's Club. Si tiene cobertura del Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver y su lugar de trabajo queda a más de cinco millas de una farmacia de Walmart o Sam's Club, también puede comprar medicamentos en cualquier farmacia de la red de OptumRx. Cuando haga pedidos por correo, puede usar una farmacia de pedido por correo de Walmart o Sam's Club, independientemente de su lugar de trabajo o plan de seguro médico. Puede encontrar un formulario en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). La farmacia de entrega a domicilio de OptumRx también es una opción.

En ciertas circunstancias específicas, puede surtir las recetas en una farmacia de la red de OptumRx, incluso si su lugar de trabajo se encuentra dentro de cinco millas de una farmacia de Walmart o Sam's Club.

No se pagarán los beneficios de farmacia si usa una farmacia que no sea de la red, a excepción de lo establecido en este capítulo.

Visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) para encontrar información sobre lo siguiente:

- Farmacias de Walmart o Sam's Club
- Farmacias de la red de OptumRx
- Farmacias con el servicio de pedido por correo de la red
- Medicamentos genéricos, de marca y de especialidad cubiertos
- Medicamentos preventivos

También puede llamar a OptumRx al **844-705-7493**.

CUÁNDO SE PUEDEN SURTIR LAS RECETAS EN UNA FARMACIA DE LA RED

Si tiene cobertura médica del Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver, y su lugar de trabajo queda a más de cinco millas de una farmacia de Walmart o Sam's Club, puede usar cualquier farmacia de la red para surtir sus recetas. (Si tiene cobertura médica de una opción de plan local, debe usar una farmacia de Walmart o Sam's Club, independientemente de la distancia desde su lugar de trabajo hasta una farmacia de Walmart o Sam's Club).

También puede surtir recetas en cualquier farmacia de la red de OptumRx en determinadas circunstancias específicas, incluido lo siguiente:

- Si un medicamento cubierto está agotado y no estará disponible en una farmacia de Walmart o Sam's Club durante un período prolongado (según lo define el AMP).
- Si un medicamento cubierto no está disponible en una farmacia de Walmart o Sam's Club.

- Si es necesario surtir una receta de emergencia fuera del horario de atención de la farmacia de Walmart o Sam's Club.

NOTA: Se aplican ciertas restricciones para surtir recetas para narcóticos y otras sustancias controladas.

Para obtener información sobre otras excepciones y sobre los pasos que debe seguir, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

Cómo funciona el beneficio de farmacia

El beneficio de farmacia cubre solo los medicamentos recetados mencionados específicamente en el formulario de beneficios de farmacia, que es una lista de los medicamentos genéricos y de marca cubiertos por OptumRx. Puede ver una lista abreviada en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o puede llamar a OptumRx al **844-705-7493** para obtener una lista completa. Si su medicamento no figura, llame a OptumRx para ver si se encuentra en el formulario.

El beneficio de farmacia brinda descuentos para los medicamentos genéricos y de marca cubiertos en el formulario y surtidos en una farmacia de la red elegible. Si, cuando surte su receta el precio, el descuento disponible es menor que el copago, se le cobrará el monto menor, que puede incluir una comisión del farmacéutico.

Participantes del Plan Premier, Plan de Contribución y plan local: Usted paga de su bolsillo el copago o el coseguro requeridos cuando compra sus medicamentos recetados. Consulte la tabla [Beneficios de farmacia](#) que aparece en la siguiente página para obtener detalles sobre los copagos y el coseguro. (Si tiene cobertura del Plan de Contribución, los fondos de la HRA no pueden utilizarse para comprar medicamentos recetados). Los copagos se aplican para el gasto máximo en efectivo anual del plan de seguro médico. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo anual, los medicamentos recetados elegibles se pagan al 100 % por el resto del año calendario.

Participante del Plan Saver: Usted paga el precio total de los medicamentos recetados hasta que alcance el deducible anual de la red del Plan Saver. Una vez que haya alcanzado el deducible anual de la red, paga los copagos o el coseguro requeridos que se incluyen en la tabla [Beneficios de farmacia](#). (Se exceptúan los medicamentos de la lista de medicamentos preventivos aprobados de OptumRx, que no están sujetos al deducible anual de la red del Plan Saver. Para obtener más información, consulte [Medicamentos preventivos no sujetos al deducible anual de la red del Plan Saver](#) que aparece más adelante en este capítulo). Los copagos se aplican para el gasto máximo en efectivo anual del Plan Saver. Una vez que alcanza el gasto máximo en efectivo anual, los medicamentos recetados elegibles se pagan al 100 % por el resto del año calendario.

Para obtener información detallada sobre los copagos y el coseguro, consulte la tabla [Beneficios de farmacia](#) que aparece en la siguiente página.

BENEFICIOS DE FARMACIA		
Recetas genéricas Suministro de hasta 30 días Suministro de 31 a 60 días Suministro de 61 a 90 días	Copago de \$4 Copago de \$8 Copago de \$12	Cómo surtir sus recetas <ul style="list-style-type: none"> • Presente la tarjeta de identificación del plan en una farmacia de Walmart o Sam's Club. • Si tiene cobertura del Plan Premier, el Plan de Contribución o el Plan Saver, y su lugar de trabajo queda a más de 5 millas de una farmacia de Walmart o Sam's Club, también puede comprar medicamentos en cualquier farmacia minorista de la red de OptumRx. (No obstante, tenga en cuenta que el suministro de medicamentos genéricos para más de 30 días solo se puede comprar en una farmacia de Walmart o Sam's Club). • La renovación de recetas está disponible después de que haya utilizado el 75 % de su receta anterior. • Para obtener más información, consulte Cuándo se pueden surtir las recetas en una farmacia de la red de OptumRx en la página anterior.
Medicamentos de marca Suministro de hasta 30 días	\$50 o el 25 % del costo permitido, lo que sea mayor	
Medicamentos de especialidad <i>Disponible solamente en la farmacia especializada de Walmart o la farmacia especializada de Optum</i>	\$50 o el 20 % del costo permitido, lo que sea mayor	
Según el Plan Saver: Los cargos que se indican anteriormente se aplican después de haber alcanzado el deducible anual de la red del Plan Saver, a excepción de los medicamentos que figuran en la lista de medicamentos preventivos aprobados de OptumRx, los cuales no están sujetos al deducible. Para obtener más información, consulte Medicamentos preventivos no sujetos al deducible anual de la red del Plan Saver que aparece más adelante en este capítulo.		
Cuando compre medicamentos pedidos por correo: <ul style="list-style-type: none"> • Puede comprar medicamentos por correo a través de una farmacia de pedido por correo de Walmart o Sam's Club, independientemente de su lugar de trabajo o plan de seguro médico. La farmacia de entrega a domicilio de OptumRx también es una opción. • Su costo para un suministro de 90 días es tres veces el costo de un suministro de 30 días comprado en una farmacia de Walmart o Sam's Club, tal como se indica más arriba. • Para los medicamentos de marca, los suministros de más de 30 días se deben comprar a través del servicio de pedido por correo. 		

TIPOS DE MEDICAMENTOS

Para tener cobertura, los medicamentos recetados deben figurar en el formulario de beneficios de farmacia, que es una lista de los medicamentos genéricos y de marca que se han evaluado para probar su calidad y eficacia, y que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. La lista se revisa cada tres meses y puede variar.

El beneficio de farmacia tiene un formulario cerrado. Esto significa que los medicamentos recetados, ya sean genéricos, de marca o de especialidad, deben estar incluidos en el formulario para que se paguen los beneficios de farmacia.

Medicamento genérico: un medicamento genérico es un equivalente de menor costo de un medicamento de marca. Cuando hay un equivalente genérico disponible, se dejará de cubrir el medicamento de marca. Los equivalentes genéricos funcionan como el medicamento de marca en cuanto a la dosificación, la potencia, los efectos y el uso, y deben satisfacer los mismos estándares de calidad y seguridad. Todos los medicamentos genéricos deben ser revisados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Para obtener más información, visite One.Walmart.com.

Medicamento de marca: un medicamento de marca cubierto es un medicamento elaborado por un fabricante único que ha sido evaluado para determinar su seguridad y efectividad en comparación con medicamentos similares para el tratamiento de la misma afección y ha sido identificado para su inclusión en la lista de medicamentos de marca cubiertos.

Medicamento de especialidad: los medicamentos de especialidad son aquellos que se utilizan para tratar enfermedades complejas tales como cáncer, deficiencia de la hormona del crecimiento, hemofilia, hepatitis C, inmunodeficiencia, esclerosis múltiple y artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad requieren un nivel de servicio mejorado, ya sea que los administre un profesional de la atención de la salud, se los inyecte el paciente o los tome por vía oral. (Los medicamentos utilizados para tratar la diabetes no se considera medicamentos de especialidad).

ANTICONCEPTIVOS PARA MUJERES

El AMP cubre todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluidas las variaciones de venta libre para mujeres, según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El AMP cubre algunos métodos anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (y los anticonceptivos de marca cuando sean médicamente necesarios) al 100 %, sin deducible, para las mujeres con capacidad de gestar, cuando lo receta un médico. Si su médico considera que es necesario desde un punto de vista médico recetar un anticonceptivo de marca, usted podrá presentar un reclamo de cobertura para un medicamento de marca. Consulte la sección [Presentación de un reclamo de un beneficio de farmacia](#) al final de este capítulo.

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS NO SUJETOS AL DEDUCIBLE ANUAL DE LA RED DEL PLAN SAVER

Para los participantes del Plan Saver, se cubren algunos medicamentos preventivos antes de alcanzar el deducible anual de la red del Plan. Los medicamentos recetados que evitan el progreso de una afección médica se denominan “medicamentos preventivos”. Si toma medicamentos recetados para ciertos problemas de salud, como presión arterial alta, colesterol alto, etc., puede ser elegible para obtener estos medicamentos sin costo antes de alcanzar el deducible anual de la red del Plan Saver.

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS DE VENTA LIBRE

El AMP cubre algunos medicamentos de atención preventiva de venta libre al 100 % cuando los receta un médico y se compran en las farmacias de la red. Deberá presentar su tarjeta de identificación del plan y una receta de su médico al momento de la compra. Los medicamentos de atención preventiva de venta libre cubiertos son los que exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Si su médico cree que un medicamento preventivo de marca de venta libre es medicamento necesario, en lugar de un medicamento genérico, el médico puede presentar una apelación con OptumRx para obtener la cobertura del medicamento de marca, o bien usted puede presentar un reclamo para obtener dicho medicamento conforme a los procedimientos que se indican en la sección **Presentación de un reclamo de un beneficio de farmacia** de este capítulo.

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

MEDICAMENTOS PREVENTIVOS DE VENTA LIBRE Recomendados por la Fuerza de Tareas Preventivas de los Estados Unidos (USPSTF)	
Flúor oral	Con receta cuando sea apropiado para niños de 6 meses a 6 años de edad
Ácido fólico	Con receta para todas las mujeres que planean o pueden quedar embarazadas
Aspirina genérica	Con receta, para adultos de entre 45 y 59 años de edad que corren el riesgo del 10 % o más de padecer una enfermedad cardiovascular en 10 años, que no corren un gran riesgo de hemorragia, que tienen una expectativa de vida de al menos 10 años y que están dispuestos a tomar una aspirina en dosis bajas durante al menos 10 años; con receta, aspirina en dosis bajas (81 mg/d) después de las 12 semanas de gestación en mujeres embarazadas con alto riesgo de preeclampsia
Agentes de preparación intestinal	Con receta, según corresponda, para una colonoscopia de detección para adultos mayores de 50 años

MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Se exige una autorización previa para que algunos medicamentos sean cubiertos por el AMP. OptumRx puede solicitar más información a su médico. Esto se denomina “autorización de cobertura”.

Una vez que OptumRx recibe la información necesaria, se comunicará con usted y su médico (por lo general, dentro de dos días hábiles) para confirmar si se ha autorizado la cobertura. Si se determina que el medicamento recetado no es un beneficio cubierto conforme al AMP, no se pagará. Puede apelar esta decisión, tal como se describe en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Si decide surtir la receta sin autorización previa, debe pagar el precio minorista total, incluso si la receta se hubiera autorizado si hubiera esperado. El monto pagado no se aplicará para el gasto máximo en efectivo.

Si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

MEDICAMENTOS CON LÍMITES DE CANTIDAD

Para ciertos medicamentos, existen límites sobre la cantidad que puede recibir por cada receta, según las pautas de las dosis aprobadas por la FDA. En **One.Walmart.com**, puede encontrar una lista de estos medicamentos.

Las recetas para cantidades que superen la cantidad aprobada por la FDA no están cubiertas por el AMP. Si decide surtir la receta, debe pagar el precio minorista total.

Qué no está cubierto por el beneficio de farmacia

Los medicamentos no cubiertos por el beneficio de farmacia incluyen, entre otros, los siguientes:

- Los medicamentos compuestos que consisten en dos o más ingredientes que se miden, preparan o mezclan de acuerdo con un pedido con receta. No se cubrirán ciertos ingredientes compuestos, como ingredientes que no están aprobados por la FDA o que están disponibles para su venta libre.
- Los medicamentos de venta libre (a excepción de insulina cuando un estado no requiere receta y aquellos cubiertos como parte del beneficio de atención preventiva conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible cuando se provee una receta). Consulte la sección **Medicamentos preventivos de venta libre** en este capítulo si desea más información.
- Las recetas surtidas en una farmacia que no sea de Walmart ni Sam's Club (salvo por las excepciones mencionadas).
- Las recetas surtidas por una farmacia que no sea una farmacia elegible para su opción de plan de seguro médico.
- Los medicamentos recetados con equivalentes de venta libre.

- Los medicamentos recetados comprados mediante un programa de descuentos de farmacia.
- Los medicamentos para los cuales no se ha obtenido una autorización previa (cuando se requiere una autorización previa).
- Los reclamos de medicamentos recetados que sean reducidos, subsidiados o pagados por otro plan de salud, proveedor de seguros o programa de descuentos de farmacia. El AMP no coordina los beneficios para reclamos de farmacia.

Esta lista no intenta abarcar todos los beneficios excluidos. Si tiene preguntas sobre los beneficios excluidos, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

Descuentos de farmacia para medicamentos recetados no cubiertos

Si el beneficio de farmacia cubre la receta, se aplicará el copago o coseguro correspondiente. Sin embargo, si la receta tiene cobertura conforme al AMP, pero no es elegible para la cobertura conforme a un servicio de farmacia (p. ej., se presenta con demasiada anticipación o se receta para un uso no autorizado), el beneficio de farmacia y el descuento en farmacias descrito en esta sección no cubrirán la receta.

Los descuentos, los cupones, los programas de descuento en farmacias, las tarjetas de débito o los arreglos similares provistos por los fabricantes de medicamentos o las farmacias para asistirlo en la compra de medicamentos recetados (incluidos los descuentos/cupones para medicamentos recetados que entrega en las farmacias cuando surte una receta) no contarán para el gasto máximo anual en efectivo del plan de seguro médico. Además, tiene cobertura del Plan Saver, dichos cargos no se tienen en cuenta para el deducible anual de la red del Plan Saver.

Si está inscrito en el AMP, es elegible para un descuento en farmacias sobre ciertos medicamentos no cubiertos por el beneficio de farmacia. El descuento varía según el medicamento recetado. Los medicamentos recetados adquiridos con el descuento de farmacias minoristas no se consideran para el deducible anual de la red ni para el gasto máximo en efectivo.

Para utilizar el descuento en farmacias, presente la tarjeta de identificación del plan en la farmacia cuando retire su medicamento. Si el beneficio de farmacia no cubre la receta, la farmacia minorista descontará automáticamente el costo del medicamento.

Para obtener más información, llame a OptumRx al **844-705-7493**.

Presentación de un reclamo de un beneficio de farmacia

Cuando surte una receta en una farmacia de la red elegible, no es necesario que presente un reclamo. No obstante, si no puede utilizar su tarjeta en una farmacia de la red o si no está de acuerdo con el monto que debe pagar, puede presentar un reclamo ante OptumRx. Su reclamo debe enviarse por escrito dentro de los 18 meses a partir de la fecha en la que se surte la receta (o de la fecha en la que intentó surtir la receta). Si la receta es una receta elegible, se pagará de acuerdo con los términos del beneficio de farmacia.

Llame a OptumRx al **844-705-7493** para obtener un formulario de reclamo, o visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com). Los reclamos se procesan según los términos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Si se rechaza su reclamo, tiene derecho a apelar. Las apelaciones se procesan según los términos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Privacidad y seguridad

Cuando compra medicamentos recetados a través de una farmacia de Walmart o Sam's Club, o una farmacia de la red de OptumRx, su información médica y personal se mantendrá en estricta confidencialidad. Todas las farmacias de la red están abarcadas por las regulaciones federales y estatales correspondientes, y cumplen con estas, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), que protege la privacidad de la información personal de salud. Walmart valora la confianza que nuestros asociados depositan en nosotros. Ganar esa confianza va de la mano de nuestro principal valor: el respeto por las personas. Para obtener más información, consulte [Notificación de prácticas privadas de la HIPAA](#) en el capítulo [Información legal](#).

Cuenta de ahorro de salud (HSA)

Ventajas del HSA: exenciones impositivas y contribuciones de Walmart	100
Elegibilidad para la HSA	100
Cómo abrir su HSA	101
Contribuciones a su HSA	102
Pago de los gastos médicos calificados con su HSA	104
Cómo invertir a su HSA	104
Si deja la compañía o deja de estar inscrito en el Plan Saver	104
Cómo cerrar su HSA	104

Cuenta de ahorro de salud para participantes del Plan Saver

Si está inscrito en el Plan Saver y desea ahorrar en los gastos médicos calificados, la HSA es una excelente opción. Sus contribuciones a la HSA están exentas de impuestos y la compañía las igualará dólar por dólar, hasta los límites establecidos. Las ganancias del saldo de su cuenta están exentas de impuestos y, a medida que la cantidad de dinero aumenta año tras año, usted puede utilizarlo para pagar sus gastos médicos actuales o futuros.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Establecer una cuenta o cambiar el monto de su contribución.	Inicie sesión en One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362
Acceda a su HSA	Ingrese en MyHealthEquity.com Si ingresa por primera vez como miembro y aún no ha establecido un usuario y una contraseña, haga clic en el botón "Begin Now" (Comenzar ahora).	Llame a HealthEquity al 866-296-2860 HealthEquity es el administrador y custodio de la HSA.
Obtener una lista de los gastos médicos calificados, I.R.C. § 213(d) Obtenga información sobre los límites de contribución, la elegibilidad y las obligaciones de informes impositivos en relación con una HSA	irs.gov	Llame a HealthEquity al 866-296-2860 o comuníquese con su asesor impositivo

Lo que debe saber sobre la HSA

- Se debe inscribir en el Plan Saver a fin de abrir una HSA y hacer contribuciones a través de este programa.
- Walmart realizará contribuciones paralelas antes de impuestos por cada dólar que usted contribuya hasta el límite de contribuciones paralelas.
- La HSA le permite pagar los gastos médicos calificados (según lo define el IRS) con dólares libres de impuestos.
- Si acepta los términos y condiciones de la HSA, completa el proceso de identificación de clientes y sigue los pasos correspondientes para abrir su cuenta, recibirá un kit de bienvenida en su domicilio. Su cuenta se considerará como abierta en la fecha efectiva de la cobertura del Plan Saver.
- No es elegible para realizar contribuciones a una HSA durante los meses en los que esté de viaje fuera de los EE. UU. por negocios de Walmart y está cubierto por la póliza de GeoBlue, la cual proporciona beneficios médicos para los asociados que viajan por negocios al exterior. Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre el monto para reducir sus contribuciones en función de sus circunstancias individuales.
- La cuenta de ahorro de salud se ofrece a través de HealthEquity.

Ventajas del HSA: exenciones impositivas y contribuciones de Walmart

Si está inscrito en el Plan Saver, la HSA le ofrece lo siguiente:

- Contribuciones paralelas de Walmart a su HSA a sus contribuciones antes de impuestos, dólar por dólar, hasta el límite de las contribuciones paralelas.
- La posibilidad de realizar contribuciones con dólares antes de impuestos a la cuenta a través de deducciones en el sueldo.
- La posibilidad de pagar los gastos médicos calificados con dinero exento de impuestos a través de la cuenta, incluido el acceso fácil al dinero de su cuenta mediante la tarjeta de débito que recibirá. Usted también puede acceder a los fondos de su cuenta ingresando en [MyHealthEquity.com](https://www.MyHealthEquity.com).

HealthEquity es el administrador/custodio de la HSA con el que Walmart ha cerrado un acuerdo para que usted reciba las contribuciones de la compañía a la HSA. Para recibir la contribución de Walmart a su HSA o para realizar contribuciones antes de impuestos a través de la deducción del sueldo, usted debe mantener una cuenta abierta con HealthEquity y continuar la cobertura médica a través del Plan Saver. Si tiene una HSA con otro custodio, Walmart no direccionará su contribución a su cuenta ni le permitirá realizar contribuciones antes de impuestos a través de la deducción del sueldo a esa HSA.

Las ganancias por interés y de capital sobre el saldo de su cuenta no se gravan mientras los fondos permanezcan en su cuenta. Además, todos los fondos extraídos de la HSA para gastos médicos calificados están exentos de impuestos.

Puede invertir el saldo de su cuenta una vez que el saldo alcanza un cierto monto. Las inversiones no están garantizadas ni aseguradas por la FDIC.

El saldo de su HSA se transfiere de un año a otro, lo cual aumenta sus ahorros para gastos médicos futuros. Usted es el propietario del saldo en su cuenta y puede ahorrarlo, invertirlo en fondos ofrecidos a través de su banco custodio o gastarlo en gastos médicos calificados.

NOTA: Las leyes impositivas estatales con respecto a las HSA pueden diferir de las federales en algunos estados, entre ellos California y Nueva Jersey. Consulte a su asesor impositivo o a HealthEquity si tiene preguntas acerca de las consecuencias impositivas federales o estatales de una cuenta de ahorro de salud.

Elegibilidad para la HSA

Debe participar en el Plan Saver para contribuir a una HSA a través de este programa.

Incluso si usted está inscrito en el Plan Saver, no puede contribuir a una HSA en los siguientes casos:

- Tiene cobertura de cualquier otro plan de salud que no sea un plan de salud de deducible alto calificado, incluida una cuenta de gastos flexibles (FSA) de atención de la salud para todo propósito o una cuenta de reembolso

para la salud (HRA). Las excepciones incluyen ciertas coberturas de enfermedades específicas; cobertura odontológica, cobertura oftalmológica, cobertura de atención y de discapacidad a largo plazo; pólizas contra accidentes como seguro por enfermedades críticas y contra accidentes, entre otras.

- Está inscrito en Medicare.
- Está inscrito en Medicaid.
- Tiene cobertura de TRICARE.
- Ha recibido servicios médicos del Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. durante los tres meses anteriores, que no fueran beneficios de atención preventiva o por una discapacidad relacionada con su servicio. La mera elegibilidad para recibir los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos no lo descalifica para contribuir a una HSA.
- Ha recibido servicios médicos en un centro de Servicio de Salud para las Poblaciones Indígenas (IHS) durante los tres meses anteriores.
- Puede presentar un reclamo como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Pueden corresponder otras restricciones. Para obtener más información, llame a HealthEquity al **866-296-2860**.

Su condición de dependiente no afecta que pueda realizar contribuciones a una HSA. Por ejemplo, la condición de cónyuge/pareja de Medicare no afecta la posibilidad de realizar contribuciones a una HSA.

Si participa de un Plan Saver y también está inscrito en un seguro por enfermedades críticas, no es elegible para la cláusula de trasplantes de órganos vitales con esa cobertura debido a las indicaciones del IRS que establecen que sería la cobertura de un plan con deducible no alto.

Usted debe determinar si es elegible para una HSA.

Durante el año del Plan, es posible que deba confirmar la elegibilidad para la cuenta para continuar con las contribuciones (por ejemplo, si empieza a ser elegible para Medicare debido a su edad, se le puede pedir que demuestre que no esté inscrito en Medicare). En ciertos casos, la inscripción en Medicare puede ser retroactiva (como cuando retrasa su inscripción hasta después de los 65 años) y, en ese caso, además perderá la elegibilidad para realizar contribuciones a la HSA de manera retroactiva. Si es elegible para Medicare o se inscribe en Medicare, debe evaluar con atención su participación en la HSA para evitar sanciones por contribuciones en exceso.

El Plan Saver es un plan de salud de deducible alto calificado (HDHP), sujeto a la ley ERISA y a los requisitos de la ley federal que le permiten realizar contribuciones a una HSA. Sin embargo, Walmart no asegura la cuenta de ahorro de salud descrita en este capítulo. Walmart procura cumplir con las pautas del Departamento de Trabajo de los EE. UU. que especifican que una HSA no está sujeta a la ley ERISA cuando la participación del empleador con la HSA es limitada. En este sentido, ni Walmart ni el Plan de Salud y Bienestar para Asociados se hacen cargo de establecer o administrar la HSA. En su lugar, el asociado establece la HSA durante el proceso de inscripción y HealthEquity la administra.

Si tiene cobertura de un plan de salud de deducible no alto a través de Walmart o de otro empleador (por ejemplo, el empleador de su cónyuge/pareja elegible), incluida una cuenta de gastos flexibles (FSA) para todo propósito o una cuenta de reembolso para la salud (HRA), por lo general, no es elegible para realizar contribuciones a una HSA (pero puede inscribirse en el Plan Saver). Existen excepciones a esta regla para las FSA o las HRA de “propósito limitado”, que solo se pueden utilizar para la cobertura odontológica u oftalmológica, o para las FSA o las HRA “posdeducibles”, que solo brindan cobertura después de que usted alcanza el deducible conforme a un HDHP. Para obtener más información, comuníquese con HealthEquity por teléfono al **866-296-2860** o en línea en [MyHealthEquity.com](https://www.healthequity.com).

No es elegible para realizar contribuciones a una HSA durante los meses en los que esté de viaje fuera de los EE. UU. por negocios de Walmart y está cubierto por la póliza de GeoBlue, la cual proporciona cobertura de beneficio médico para los asociados de Walmart que viajan por negocios al exterior. Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre el monto para reducir sus contribuciones en función de sus circunstancias individuales.

Si realiza o recibe una contribución no elegible a su HSA, se puede aplicar un régimen impositivo, a menos que retire la contribución dentro de ciertas fechas límites. Para obtener más información acerca de Medicare, la elegibilidad para la HSA o cómo corregir contribuciones no elegibles, comuníquese con su asesor impositivo o revise la Publicación 969 del IRS, *Cuentas de ahorro de salud y otros planes de salud con beneficios impositivos*. También puede llamar al **800 Medicare (800-633-4227)** o visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Cómo abrir su HSA

Cuando se inscribe en línea en el plan Saver, elige la cantidad que desea contribuir a su cuenta a través de deducciones del sueldo. Puede cambiar su monto de contribución en cualquier momento. Consulte [Configuración o cambio del monto de su contribución](#) más adelante en este capítulo.

Recibirá un kit de bienvenida en su domicilio directamente de HealthEquity, el banco custodio de la HSA, por lo general, dentro de los siguientes plazos:

- Antes de fines de diciembre si se inscribe durante el período de Inscripción Anual
- Dentro de las dos a tres semanas posteriores a la apertura de su HSA si se inscribe en cualquier otro momento

Se incluirá su tarjeta de débito en el kit de bienvenida. Active su tarjeta de débito en línea en [MyHealthEquity.com](https://www.healthequity.com) o llamando a HealthEquity al **866-296-2860**.

No se depositarán las deducciones del sueldo ni las contribuciones del empleador en su HSA hasta que esté abierta. Su cuenta no se considerará abierta hasta tanto complete con éxito el proceso de identificación de clientes obligatorio para la apertura de una HSA. Si HealthEquity necesita más información para completar este proceso, se pondrá en contacto con usted.

Si se realiza una deducción del sueldo o una contribución del empleador antes de que su cuenta esté abierta, el custodio retendrá la contribución y la depositará en su HSA cuando esté abierta. Si su cuenta no se abre dentro de un período razonable, se reembolsarán los fondos retenidos de su sueldo con su cheque de pago (menos los impuestos del sueldo aplicables) y aparecerán en su formulario W-2 como salarios. La contribución del empleador, si la hubiere, se devolverá a Walmart.

Si tiene preguntas sobre el estado de su cuenta, el kit de bienvenida o la tarjeta de débito, llame a HealthEquity al **866-296-2860** o visite [MyHealthEquity.com](https://www.healthequity.com).

Una vez que HealthEquity confirme que su cuenta está abierta y usted ha completado la selección de deducciones de la HSA en línea, comenzarán a ingresar sus contribuciones a la cuenta y las contribuciones paralelas de Walmart a partir del siguiente período de pago. Consulte [Cuándo se realizan las contribuciones de la compañía](#) que se encuentra más adelante en este capítulo.

Si no abre su HSA antes del 1 de diciembre del año del Plan, perderá el derecho a las contribuciones de la compañía para ese año, incluso si tiene cobertura del Plan Saver durante ese año.

A los fines de recibir los fondos de la compañía y las deducciones del sueldo, debe seleccionar a HealthEquity como custodio de su HSA cuando se inscribe. Puede transferir sus fondos a otro custodio de HSA en cualquier momento, pero Walmart proporcionará fondos de la compañía y respaldará las deducciones del sueldo continuas solo para las HSA establecidas con HealthEquity.

GASTOS DE LA HSA

La compañía paga los gastos mensuales de mantenimiento si usted está inscrito en el Plan Saver y el custodio de su HSA es HealthEquity.

La compañía no pagará los cargos por giros en descubierto, los cargos por contribuciones en exceso ni los aranceles por la pérdida de la tarjeta. Si está inscrito en la ley COBRA, finaliza su relación laboral con la compañía, pierde de otro modo la elegibilidad para la cobertura del AMP o deja de estar inscrito en el Plan Saver, será responsable de todos los cargos relacionados. Si se produce alguno de tales eventos, estos gastos se deducirán automáticamente del saldo de su HSA. Llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener más información sobre los gastos de los diversos servicios de su HSA. Es su responsabilidad verificar el saldo de su HSA antes de utilizar fondos para pagar los servicios. Los cronogramas de cargos y tasas actuales están disponibles en [MyHealthEquity.com](https://www.healthequity.com). El cronograma de cargos también se incluye en el kit de bienvenida.

Contribuciones a su HSA

Una vez que abra su HSA, Walmart puede realizar contribuciones a su cuenta de la siguiente manera (siempre y cuando su cuenta esté abierta y usted esté inscrito en el Plan Saver):

- Walmart realiza contribuciones paralelas antes de impuestos a sus contribuciones, dólar por dólar, hasta el límite de las contribuciones paralelas que se indica en la tabla a continuación.
- Usted realiza contribuciones antes de impuestos a la cuenta a través de deducciones del sueldo por cualquier suma (de \$5 o más cada período de pago) hasta el límite legal (considerando las contribuciones de Walmart). Debido a cuestiones administrativas, las contribuciones suelen basarse en 25 períodos de pago.
- Además de realizar contribuciones con deducciones del sueldo, puede contribuir directamente a su HSA enviando un cheque por correo postal a HealthEquity o realizando una transferencia electrónica de fondos una vez que haya vinculado su cuenta bancaria personal con el sitio web de HealthEquity. Cualquiera de dichas contribuciones se computa para el límite de contribución especificado en la siguiente tabla. Estas contribuciones personales se hacen después de impuestos y no son elegibles para las contribuciones paralelas de Walmart. Walmart no hace el seguimiento de sus contribuciones a la HSA después de impuestos; es su responsabilidad asegurarse de no superar el límite anual de contribución.
- Si la contribución solicitada para su HSA para un período de pago específico excede el monto de su cheque de pago después de las deducciones, no se realizarán contribuciones ni contribuciones paralelas de la compañía a su HSA para dicho período.

- Con respecto a su cheque de pago final, es posible que las deducciones del sueldo y la contribución paralela del empleador para su HSA se reduzcan debido a las restricciones legales estatales sobre las reducciones del sueldo o debido a que la contribución solicitada para su HSA excede el monto neto de su cheque de pago después de las deducciones.

Si se produce un evento de cambio de estado y cambie de cobertura para el asociado únicamente a cobertura familiar dentro del Plan Saver durante el año, Walmart aumentará la contribución paralela para que corresponda con el límite de contribución paralela para la cobertura familiar. Si cambia de cobertura familiar a cobertura para el asociado únicamente durante el año, no se reducirán las contribuciones paralelas que la compañía realizó previamente. Si esto provoca que las contribuciones a su cuenta superen la contribución anual máxima permitida según las pautas del IRS, deben retirarse las contribuciones en exceso antes de la fecha límite de la declaración de impuestos para evitar el pago de impuestos adicionales.

LÍMITES ANUALES DE CONTRIBUCIÓN

Por ley, la contribución máxima anual que se puede realizar a su cuenta, incluidas las contribuciones de la compañía y las propias (antes y después de impuestos) es:

- para 2020, \$3,550 para cobertura individual, o
- para 2020, \$7,100 para cobertura familiar.

La contribución máxima anual es la contribución total proveniente de todas las fuentes (contribuciones del sueldo realizadas por el asociado o la compañía y las contribuciones personales).

El gobierno federal indexa estos montos anualmente y es posible que estén sujetos a cambios cada año.

SUS CONTRIBUCIONES Y LAS CONTRIBUCIONES DE LA COMPAÑÍA A LA HSA

El deducible anual de la red del Plan Saver	Contribución paralela de la compañía: \$1 por \$1 hasta	la contribución máxima anual para 2020 (contribuciones del asociado y de la compañía combinadas)*
\$3,000 (cobertura solo del asociado)	\$350	\$3,550
\$6,000 (cobertura familiar)	\$700	\$7,100

* Si el 31 de diciembre de 2020 usted tiene 55 años o más, puede contribuir un monto adicional de \$1,000 en 2020.

Si dos asociados que están casados legalmente son elegibles para contribuir a HSA individuales, el límite de contribución para 2020 para ambas cuentas combinadas se basa en el monto máximo que se puede aportar por familia: \$7,100. Sin embargo, si alguno de los asociados tiene 55 años o más en 2020, la contribución total combinada aumenta a razón de \$1,000 por cada asociado que tenga 55 años o más.

Si dos asociados están en una relación que cumple con la definición de dependiente elegible, pero no es un matrimonio legal, y tienen cobertura familiar, cada asociado es elegible para contribuir a una HSA individual hasta el límite máximo de contribución familiar de \$7,100 (siempre que ninguno de los asociados pueda figurar como dependiente a los fines impositivos en una declaración de impuestos federal de una persona). Si alguno de los asociados tiene 55 años o más en 2020, la contribución máxima aumenta a razón de \$1,000 por cada asociado.

Es importante controlar las contribuciones que se realizan a su HSA, ya que se aplican sanciones impositivas si sus contribuciones exceden el límite anual establecido por el gobierno federal. Los cambios en la cobertura durante el año o la inscripción después del comienzo del año pueden afectar los límites de sus contribuciones. Si, durante el año, se da cuenta de que las contribuciones combinadas a su HSA superan el límite anual, puede retirar las contribuciones en exceso y las ganancias por interés relacionadas antes de que venza el plazo de presentación de la declaración del impuesto a los ingresos para ese año (incluidas las prórrogas). Para obtener información y asistencia, llame a HealthEquity al **866-296-2860**.

GANANCIAS POR INTERÉS EN SU CUENTA DE AHORRO DE SALUD

El saldo de su HSA devenga intereses. Para obtener información sobre la tasa de interés, llame a HealthEquity al **866-296-2860** o visite [MyHealthEquity.com](https://www.myhealthequity.com). El interés actual devengado junto con el listado de las tasas de interés está disponible en los estados de cuenta mensuales.

CUÁNDO SE REALIZAN LAS CONTRIBUCIONES DE LA COMPAÑÍA

Walmart igualará dólar por dólar el monto que usted contribuye mediante deducciones del sueldo en cada período de pago, hasta el límite de contribuciones paralelas para su cobertura, según se indica en la tabla titulada [Sus contribuciones y las contribuciones de la compañía a la HSA](#). La compañía deposita esta contribución, junto con la contribución que usted realice a través de la deducción del sueldo, en su HSA cuando finaliza el período de deducciones del sueldo.

CONFIGURACIÓN O CAMBIO DEL MONTO DE SU CONTRIBUCIÓN

Puede cambiar el monto de su contribución en línea en cualquier momento durante el año, y el cambio tendrá vigencia en lo sucesivo.

Para establecer o cambiar su monto de contribución, inicie sesión en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](#) para los asociados de Jet y seleccione “Online Enrollment” (Inscripción en línea). Llame a Servicios al Personal al **800-421-1362** si necesita ayuda para establecer sus deducciones del sueldo.

NOTA: Una vez que haga la contribución máxima anual (según se muestra en la tabla de la página anterior), sus contribuciones del sueldo se interrumpen automáticamente. Es su responsabilidad tomar una nueva decisión sobre la contribución en la siguiente Inscripción Anual para el próximo año calendario.

SI TIENE 55 AÑOS O MÁS

Si tiene 55 años o más, puede hacer contribuciones para ponerse al corriente adicionales a su HSA mediante deducciones del sueldo, como con su contribución regular. Para 2020, el límite de contribución para ponerse al corriente es de \$1,000. Llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener información.

Si también cubre a su cónyuge conforme al Plan Saver y su cónyuge tiene 55 años o más, también puede ser elegible para abrir una segunda HSA y realizar contribuciones para ponerse al corriente. El límite de contribución para 2020 para ambas cuentas combinadas se basa en el monto máximo que puede contribuirse por familia: \$7,100. Si usted o su cónyuge cumplirán 55 años o más en 2020, la contribución total combinada aumenta a razón de \$1,000 por cada participante que tenga 55 años o más. La compañía no contribuye fondos ni paga los gastos relacionados con una HSA de su cónyuge dependiente.

Si usted tiene cobertura para una pareja elegible conforme al Plan Saver y esa persona no es su cónyuge, usted y su pareja son elegibles para contribuir a HSA individuales hasta el límite máximo de contribución familiar de \$7,100 (siempre y cuando ninguna de las partes pueda declararse como dependiente en los impuestos en ninguna declaración de impuestos federal de la persona). Si el asociado o la pareja tienen 55 años o más en 2020, la contribución máxima aumenta a razón de \$1,000 por cada participante que tenga 55 años o más. La compañía no contribuye fondos ni paga los gastos relacionados con una HSA de su pareja dependiente.

Llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener información acerca de cómo abrir una HSA para su cónyuge/pareja elegible.

Pago de los gastos médicos calificados con su HSA

Cuando tenga un gasto médico elegible, puede decidir pagar en efectivo o utilizar los fondos de su HSA. Algunas personas utilizan su HSA para los gastos actuales, mientras que otras prefieren utilizar la HSA como una cuenta para los gastos de atención médica en el futuro. Los gastos elegibles incluyen los deducibles y el coseguro del plan de salud, la mayoría de la atención y los servicios médicos, la atención odontológica y oftalmológica, y los medicamentos recetados. Además, los montos que paga por los medicamentos de venta libre se consideran gastos calificados si los receta un médico. (Este requisito no se aplica a la insulina). Estos gastos no deben estar cubiertos por su plan de seguro médico y, por lo general, las primas de seguro médico no califican. Consulte las Publicaciones 969 y 502 del IRS en [irs.gov](https://www.irs.gov) para obtener información sobre los gastos médicos calificados. También puede encontrar información sobre los gastos médicos calificados en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) y [MyHealthEquity.com](https://www.myhealthequity.com).

LA HSA Y LA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO A LOS INGRESOS

Los fondos de su HSA le pertenecen, pero todo el dinero usado para gastos médicos no calificados estará sujeto al impuesto federal a los ingresos y a una multa del 20 % si tiene menos de 65 años. Guarde sus recibos y otros registros para demostrar que usó los fondos de la HSA para sus gastos elegibles. Recuerde que usted es responsable de las consecuencias fiscales asociadas con las contribuciones y los retiros de su HSA. Consulte con su asesor impositivo si tiene preguntas sobre su HSA y los impuestos.

Cómo invertir a su HSA

Una vez que su cuenta alcanza un saldo mínimo de \$1,000, puede invertir el monto que exceda ese saldo en una selección de más de 20 fondos de inversión disponibles a través de HealthEquity. Revise los fondos y obtenga más información en [MyHealthEquity.com](https://www.myhealthequity.com), en la sección "Investments" (Inversiones).

Si deja la compañía o deja de estar inscrito en el Plan Saver

Los fondos de su HSA le pertenecen como titular de la cuenta, incluso si se inscribe en la ley COBRA, cambia de plan de seguro médico, cambia de empleo o se va de la compañía. En estos casos, usted es responsable de todos los gastos relacionados con la cuenta.

Cómo cerrar su HSA

Todos los fondos en su HSA le pertenecen y puede usarlos para gastos médicos calificados libres de impuestos, ahora y en el futuro. Si no desea mantener la cuenta, llame a HealthEquity al **866-296-2860** para obtener información sobre su cierre.

El plan odontológico

Su plan odontológico	108
Cómo funciona el plan odontológico	108
Presentación de un reclamo odontológico	109
Qué está cubierto conforme al plan odontológico	110
Beneficios limitados	112
Qué no está cubierto conforme al plan odontológico	112
Suspensión de la cobertura	113
Cuándo finaliza la cobertura odontológica	113
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	114
Si cancela la cobertura y vuelve a inscribirse	114

El plan odontológico

El plan odontológico cubre varios servicios sin deducible para los servicios de atención preventiva y de ortodoncia. Además, cuando utiliza odontólogos de la red, ahorrará dinero mientras protege uno de sus bienes más valiosos: su sonrisa.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtener una lista de odontólogos de la red de Delta Dental	Visite One.Walmart.com o deltadental.com	Llame a Delta Dental al 800-462-5410 o a Servicios al Personal al 800-421-1362
Obtener respuestas a sus preguntas con respecto a los reclamos odontológicos y llamar al Servicio de Atención al Cliente de Delta Dental	Visite deltadental.com y seleccione "Login/Register" (Iniciar sesión/Registrarse) para crear su cuenta	Llame a Delta Dental al 800-462-5410
Obtener un formulario de reclamo si utiliza un odontólogo no participante	Visite One.Walmart.com o deltadental.com	

Lo que debe saber sobre el plan odontológico

- Si es un asociado elegible, puede adquirir cobertura odontológica para pagar los gastos de atención odontológica preventiva, básica y compleja, además de los gastos de ortodoncia. Para obtener información sobre la elegibilidad, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).
- Delta Dental administra el beneficio del plan odontológico.
- Una vez que alcanza el deducible anual del plan odontológico, el plan odontológico paga los beneficios de hasta \$2,500 por persona cubierta por año calendario y un beneficio máximo de ortodoncia de por vida de \$1,500 por persona cubierta. El deducible anual no se aplica a los servicios de atención preventiva y de diagnóstico ni de ortodoncia.
- La cobertura del plan odontológico debe permanecer vigente durante dos años calendario completos.
- Los servicios de ortodoncia se cubren después de un período de espera de 12 meses.
- Si tiene cobertura médica del Plan Médico para Asociados (AMP), la información odontológica y médica se encuentra en la tarjeta de identificación del plan. Si está inscrito en una HMO o si solo tiene cobertura odontológica, recibirá una tarjeta de identificación de Delta Dental. Las tarjetas de identificación se enviarán por correo a su domicilio.

Su plan odontológico

El plan odontológico está disponible para usted si es un asociado pagado por hora o gerencial. La cobertura también está disponible para sus dependientes elegibles, excepto los cónyuges o las parejas de los asociados de tiempo parcial, los asociados temporales y los conductores de camión de tiempo parcial. El plan odontológico está administrado a través de Delta Dental.

Una vez inscrito en el plan odontológico, su cobertura debe permanecer vigente durante dos años calendario completos. Puede agregar o quitar a un dependiente durante la Inscripción Anual o debido a un evento de cambio de estado, pero debe mantener un mínimo de cobertura para asociado únicamente, durante dos años calendario completos.

ELECCIÓN DEL NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe al plan odontológico, además selecciona los familiares elegibles que desea cubrir:

- únicamente asociado
- asociado + cónyuge/pareja (excepto para los asociados de tiempo parcial pagados por hora, los asociados temporales o los conductores de camión de tiempo parcial)
- asociado + hijos
- asociado + familia (excepto para los asociados de tiempo parcial pagados por hora, los asociados temporales o los conductores de camión de tiempo parcial)

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes y sobre cuándo se los puede inscribir, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

El beneficio del plan odontológico es autoasegurado, lo que significa que los beneficios no son pagados por una compañía aseguradora. Delta Dental of Arkansas procesa los reclamos.

Cómo funciona el plan odontológico

El plan odontológico cubre cuatro tipos de servicios odontológicos:

- La cobertura de **atención preventiva y de diagnóstico** incluye exámenes bucales y limpiezas y servicios relacionados. No es necesario que alcance el deducible anual para que el plan odontológico cubra estos servicios. Los gastos que pague para la atención preventiva y de diagnóstico, si los hubiere, no se aplicarán al deducible.
- La cobertura de **atención básica** incluye empastes, periodoncia no quirúrgica y tratamientos de conducto, y comienza una vez que alcanza el deducible anual.
- La cobertura de **atención compleja** incluye periodoncia quirúrgica, coronas y dentaduras postizas, y comienza una vez que alcanza el deducible anual.
- La cobertura de **ortodoncia** comienza una vez que la persona haya tenido cobertura del plan odontológico durante 12 meses; no es necesario que alcance el deducible anual antes de recibir los beneficios de atención de ortodoncia. Los cargos que pague por la atención de ortodoncia no se aplicarán al deducible anual.

NOTA: El período de espera de 12 meses para la cobertura de ortodoncia queda exceptuado para los asociados localizados y sus dependientes cubiertos.

COBERTURA SEGÚN EL PLAN ODONTOLÓGICO			
Deducible anual Exento para atención preventiva y de diagnóstico, y ortodoncia	\$75 por persona/\$225 máximo por familia		
Beneficio máximo No se aplica a la atención de ortodoncia	\$2,500 por persona cubierta por año calendario.		
	Odontólogos de Delta Dental PPO	Odontólogos de Delta Dental Premier	Odontólogos fuera de la red
Atención preventiva y de diagnóstico Los costos (si hubiera) no se cuentan para el deducible anual	100 % de cobertura; no se aplica el deducible anual	80 % de cobertura;* no se aplica el deducible anual	80 % del gasto máximo permitido; sin deducible anual
	* En las áreas donde la cantidad de odontólogos PPO no es suficiente, tal como lo determina la ubicación del centro, los servicios están cubiertos al 100 %. Visite One.Walmart.com para obtener información.		
Atención básica Incluye empastes, periodoncia no quirúrgica y tratamiento de conducto	80 % del gasto máximo permitido del plan después de alcanzar el deducible anual		
Atención compleja Incluye periodoncia quirúrgica, coronas y dentaduras postizas	50 % del gasto máximo permitido del plan después de alcanzar el deducible anual		
Asistencia de ortodoncia (espera de 12 meses) Los costos no se cuentan para el deducible anual o el beneficio máximo	80 % del gasto máximo permitido del plan hasta \$1,500 de beneficio de ortodoncia máximo de por vida por persona; no se aplica el deducible anual		

Una vez que alcanza el deducible anual (si corresponde) y completa el período de espera correspondiente, el plan odontológico paga un porcentaje del gasto máximo permitido del plan (maximum plan allowance, MPA) para los gastos cubiertos.

GASTO MÁXIMO PERMITIDO DEL PLAN (MPA)

El MPA es el monto máximo que el plan odontológico paga por los servicios odontológicos cubiertos. El MPA se aplica a los servicios odontológicos dentro y fuera de la red.

Para los servicios cubiertos dentro de la red, el MPA es la parte de los cargos cobrados por un proveedor que cubre el plan odontológico, según lo establece el contrato del proveedor con Delta Dental of Arkansas. Los proveedores de la red acuerdan aceptar un monto negociado por Delta Dental para los servicios cubiertos como pago completo, sujeto al deducible y el coseguro aplicables.

Para los servicios cubiertos fuera de la red, el MPA se limita al gasto permitido establecido por Delta Dental a su criterio y utilizando los métodos o puntos de referencia que Delta Dental pueda elegir utilizar. Si consulta a un proveedor odontológico fuera de la red, el plan odontológico paga un porcentaje basado en el MPA o los cargos reales facturados por el proveedor para un procedimiento cubierto, lo que sea menor. Si los cargos facturados del proveedor superan el MPA del Plan, usted es responsable de pagar el 100 % de la diferencia. Para obtener más información, llame a Delta Dental al **800-462-5410**.

CONOZCA QUÉ ADEUDARÁ: OBTENGA UN CÁLCULO APROXIMADO ANTES DEL TRATAMIENTO

No es obligatorio obtenga una aprobación previa para los tratamientos odontológicos. Sin embargo, al solicitar a su odontólogo que envíe una propuesta de plan de tratamiento, usted puede saber cuánto podría pagar el plan odontológico por un procedimiento o tratamiento antes de que se lleven a cabo. Se recomienda enviar una propuesta de plan de tratamiento para los tratamientos que podrían costar \$800 o más. Delta Dental le ofrecerá un cálculo aproximado previo al tratamiento de la cantidad que se cubrirá y le puede recomendar un plan de tratamiento alternativo si parte del plan de tratamiento de su odontólogo no es elegible para la cobertura.

Para obtener un cálculo aproximado antes del tratamiento, pídale a su odontólogo que complete un formulario de reclamo odontológico regular y marque la casilla “determinación previa”. El formulario debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

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

El cálculo aproximado de Delta Dental previo al tratamiento no constituye garantía de pago. Debe presentar un reclamo por los servicios prestados, según lo establecido en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

AHORRE DINERO UTILIZANDO ODONTÓLOGOS DE LA RED

Como participante del plan odontológico, puede utilizar cualquier odontólogo y recibir beneficios para los gastos

cubiertos conforme al Plan. Sin embargo, ahorrará dinero y tiempo cuando utilice odontólogos de Delta Dental. Los proveedores contratados con las redes Premier y PPO de Delta Dental acuerdan aceptar el gasto permitido máximo del plan odontológico como pago completo para un procedimiento cubierto, por lo que usted no paga más del porcentaje de coseguro aplicable al plan odontológico (después de alcanzar el deducible anual aplicable). Además, los proveedores de la red de Delta Dental también les ofrecen a los participantes precios con descuento. Cuando usa un proveedor de PPO de Delta Dental, puede ahorrar más porque los proveedores de PPO han acordado aceptar tarifas reducidas para los procedimientos cubiertos cuando traten a participantes de Delta Dental. Puede ahorrar tiempo porque los odontólogos de la red generalmente presentarán los reclamos en su nombre.

La red PPO de Delta Dental es una amplia red nacional de odontólogos, pero no está ampliamente disponible como la red Delta Dental Premier. Consulte el cuadro titulado [Cobertura conforme al plan odontológico](#) que se encuentra anteriormente en este capítulo para obtener detalles sobre cómo los términos de la cobertura para atención preventiva y de diagnóstico pueden diferir en cuanto a la disponibilidad de odontólogos PPO en su área. Para buscar un odontólogo de Delta Dental PPO o de Delta Dental Premier, consulte la sección [Recursos del plan odontológico](#) que aparece al comienzo de este capítulo.

VALE LA PENA UTILIZAR LOS ODONTÓLOGOS DE LA RED		
	Odontólogos de Delta Dental Premier y Delta Dental PPO	Odontólogos fuera de la red
El odontólogo presenta los reclamos en su nombre	Sí	No
El odontólogo acepta el gasto máximo permitido como pago total, sujeto al deducible anual y al coseguro	Sí	No
El odontólogo ofrece precios con descuento para los participantes de Delta Dental	Sí	No

Presentación de un reclamo odontológico

Si utiliza un odontólogo de la red Delta Dental, su odontólogo generalmente presentará el reclamo en su nombre. Si utiliza un odontólogo fuera de la red, es posible que usted deba presentar el reclamo. Si el odontólogo pertenece a la red de Delta Dental, el plan odontológico puede pagarle directamente al odontólogo. Si utiliza un odontólogo fuera de la red, el pago se le realizará a usted.

Envíe su reclamo a la siguiente dirección:

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

Usted o su proveedor odontológico deben presentar un reclamo según los procedimientos de reclamos dentro de los 18 meses a partir de la fecha del servicio para que su reclamo no se rechace. Si no se sigue el procedimiento de reclamos descrito en el capítulo **Reclamos y apelaciones**, por ejemplo, si no envía su reclamo a la dirección correcta, puede llevar al rechazo del reclamo.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado.

SI CUENTA CON COBERTURA CONFORME A MÁS DE UN PLAN ODONTOLÓGICO

Si usted o un familiar tiene cobertura del plan odontológico y también tiene cobertura de otro plan odontológico (por ejemplo, un plan de la compañía de su cónyuge/pareja), se puede aplicar la coordinación de beneficios. El plan odontológico tiene el derecho de coordinar con los otros planes que le dan cobertura a fin de que los beneficios odontológicos totales que se deben pagar no excedan el nivel de beneficios que se deben pagar conforme al plan odontológico. La coordinación de los procedimientos y planes de beneficios denominados “otros planes” se describen en **Si tiene cobertura de más de un plan de seguro médico** en el capítulo **Plan de seguro médico**.

Qué está cubierto conforme al plan odontológico

El plan odontológico cubre los servicios enumerados en esta sección, sujeto a ciertas limitaciones. Si tiene preguntas sobre qué está cubierto con el plan odontológico, llame a Delta Dental al **800-462-5410**.

ATENCIÓN PREVENTIVA Y DE DIAGNÓSTICO

La atención preventiva y de diagnóstico tiene cobertura sin necesidad de alcanzar el deducible anual.

Radiografías de molares en oclusión: Limitadas a cuatro por año calendario. Se combina con la radiografía panorámica si la realiza el mismo proveedor el mismo día y se procesa como una serie de boca completa.

Limpieza (profilaxis odontológica): Una profilaxis, que incluye limpieza, descamación y pulido de las piezas dentarias, tiene cobertura dos veces durante un año calendario. Se permiten dos limpiezas adicionales durante el embarazo y hasta tres meses después del parto. Se permiten dos limpiezas adicionales en caso de enfermedades cardíacas, diabetes y enfermedad periodontal. Se permite el mantenimiento periodontal adicional en caso de enfermedad periodontal.

Tratamiento con flúor: Cubierto una vez en un período de 12≈meses consecutivos para participantes menores de 19 años.

Desbridamiento de la boca completa: Limitado a una vez en la vida.

Serie de boca completa o radiografía panorámica:

Limitadas a un procedimiento en cualquier período de 60 meses consecutivos. Una serie de boca completa es una combinación de 14 o más radiografías periapicales

o de molares en oclusión tomadas el mismo día. Si la combinación de imágenes intrabucales facturadas por separado (p. ej., periapicales o de molares en oclusión) equivale a la cantidad de láminas permitidas para una serie de boca completa o la supera, los cargos de las imágenes se combinarán y se considerarán como una serie de boca completa. Solo se paga un beneficio si no se pagaron otras radiografías panorámicas o serie de boca completa durante los 60 meses consecutivos anteriores.

Exámenes bucales: Los beneficios se pagan de la siguiente manera:

- **Examen bucal de rutina:** dos exámenes cubiertos durante un año calendario.
- **Examen bucal integral o examen periodontal:** El examen bucal integral inicial se paga en función de las limitaciones del tiempo de examen bucal de rutina. Los exámenes bucales integrales posteriores presentados por el mismo proveedor en el plazo de tres años se procesan como exámenes bucales de rutina.

Los exámenes de emergencias realizados por odontólogos no están sujetos a las restricciones del año calendario.

Radiografías periapicales: Se cubren según sean necesarias.

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

Pruebas de vitalidad pulpar: Se cubren si el mismo proveedor no realiza otro procedimiento definitivo el mismo día.

Evaluaciones de riesgo: Se cubren una vez cada tres años para niños de 3 a 19 años de edad.

Reparación con selladores: Cubiertos para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para participantes menores de 16 años. No se cubren durante los primeros 24 meses de la colocación inicial del sellador. Limitados a un tratamiento por pieza dentaria cada 24 meses. No se cubren cuando la pieza dentaria tiene una restauración preventiva con resina previa.

Selladores: Cubiertos para los primeros y segundos molares permanentes con superficie oclusal no restaurada para participantes menores de 16 años. Limitados a un tratamiento por pieza dentaria de por vida. No se cubren cuando la pieza dentaria tiene una restauración preventiva con resina previa.

Espaciadores: Se cubren para participantes del plan de 13 años o menos. Se limitan a una aplicación por zona de extracción de espacio (cuadrante/arco) en cualquier período de 60 meses consecutivos. La reparación o la sustitución de un espaciador no está cubierta.

ATENCIÓN BÁSICA

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

Empastes de amalgamas y resina compuesta: Los beneficios se cubren una vez por superficie dental en un período de 24 meses consecutivos.

Endodoncia: Incluye tratamiento de la pulpa y de conductos. Consulte [Tratamiento de conducto](#) en [Atención compleja](#) a continuación.

Extracciones: Las extracciones no quirúrgicas se cubren una vez por pieza dentaria.

Periodoncia no quirúrgica: Se otorga una vez por cuadrante en cualquier período de 24 meses consecutivos.

Dispositivo ortótico oclusal (aparato TMJ): Los beneficios son pagaderos una vez cada cinco años. No se cubren los ajustes dentro de los seis meses. Un ajuste cubierto por año posteriormente.

Mantenimiento periodontal: El mantenimiento periodontal está cubierto solo si se realiza 30 días o más después de finalizar el tratamiento periodontal quirúrgico o no quirúrgico. Posteriormente, se permite el mantenimiento periodontal hasta cuatro veces por año calendario. Este beneficio se combina con cualquier limpieza de rutina que se lleve a cabo durante el mismo año calendario con una limitación combinada de cuatro para ese año.

ATENCIÓN COMPLEJA

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

Anestesia/anestésicos generales y sedación intravenosa: Solo se cubre cuando se brinda en las siguientes circunstancias:

- El paciente padece una afección médica que le impide quedarse quieto (incluidas, entre otras, distonía, enfermedad de Parkinson, autismo).
- El paciente tiene menos de 4 años.
- Se relaciona con ciertos procedimientos quirúrgicos bucales cubiertos.

Dentaduras postizas desmontables completas y parciales, y puentes bucales fijos parciales: Se cubren cuando la dentadura postiza o el puente bucal es el tratamiento profesionalmente aceptado estándar.

- Incluye la sustitución o la incorporación de piezas dentarias para dentaduras postizas, dentaduras parciales o puentes bucales fijos.
- Cuando estén disponibles planes de tratamientos alternativos, el plan odontológico cubre el tratamiento profesionalmente aceptado estándar. Por ejemplo, se permite un puente bucal solo cuando una dentadura postiza parcial no sea suficiente. Consulte el apartado [Planes de tratamiento alternativos](#) en la sección [Beneficios limitados](#) más adelante en este capítulo.
- Las dentaduras postizas desmontables completas y parciales no se pagan para pacientes menores de 16 años.
- Una dentadura postiza que sustituya a otra dentadura postiza o a un puente fijo, o un puente fijo que sustituya a otro puente fijo se cubre únicamente si la dentadura postiza existente, la dentadura postiza parcial o el puente fijo tiene, al menos, cinco años y no se puede reparar.

Coronas, restauraciones de colados, fundas e

incrustaciones: Cubiertos únicamente cuando la pieza dentaria no puede restaurarse con amalgama o empaste de resina compuesta.

- La sustitución no se cubre, salvo que la corona existente, la restauración de colados, las incrustaciones o las fundas tengan más de cinco años y no puedan repararse.
NOTA: Los accidentes producidos por mordeduras o masticación no son una excepción a la espera de cinco años para las sustituciones de coronas.
- Para los participantes menores de 12 años, los beneficios de coronas para piezas dentarias vitales se limitan a coronas de resina o de acero inoxidable, a menos que existan antecedentes de tratamiento de conducto o recesión de la pulpa.
- Se determina el tratamiento de acuerdo al límite del plan de tratamiento alternativo. Consulte [Planes de tratamiento alternativos](#) en la sección [Beneficios limitados](#) más adelante en este capítulo.

Implantes: La colocación quirúrgica de un implante tiene cobertura una vez cada cinco años consecutivos.

- El pilar para sostener una corona tiene cobertura una vez cada cinco años consecutivos.
- Un retenedor sostenido por pilar o implante tiene cobertura una vez cada cinco años consecutivos.
- Un procedimiento de mantenimiento de los implantes tiene cobertura una vez cada 12 meses consecutivos.
- Las extracciones de los implantes tienen cobertura una vez de por vida por cada pieza dentaria. Los implantes no son pagaderos para pacientes menores de 16 años.

Ajustes oclusales (limitado): Cubiertos solamente si se realizan 180 días o más después de la finalización de los procedimientos de restauración inicial, prostodónticos y de implantes que incluyen superficie oclusal.

Cirugía bucal: Extracciones quirúrgicas y de muelas del juicio, incluso la atención pre- y posquirúrgica, excepto en el caso de los servicios cubiertos conforme al Plan Médico para Asociados. No tiene cobertura ni la anestesia bucal ni el óxido nitroso (analgesia). Si se realiza una cirugía bucal en un hospital, el plan odontológico cubre los honorarios de cirujanos bucales para dichos servicios para las personas cubiertas que no estén inscritas en el Plan Médico para Asociados.

Costos hospitalarios de pacientes hospitalizados y ambulatorios, y gastos adicionales cobrados por el odontólogo por tratamiento hospitalario: Consulte [Costos hospitalarios en Qué no se cubre conforme al plan odontológico](#) que aparece más adelante en este capítulo.

Tratamiento de conducto: incluye cultivos bacteriológicos, exámenes de diagnóstico, anestesia local y atención de rutina de seguimiento. Se paga una vez por cada pieza dentaria.

- La pulpotomía terapéutica se paga una vez por pieza dentaria hasta la edad de 21 años.
- Un nuevo tratamiento de un conducto anterior se permite una vez en un período de 24 meses consecutivos.

Periodoncia quirúrgica: cirugía ósea de encías/injerto de tejido blando, solo si se trata del mismo arco una vez en un período de 36 meses consecutivos.

ORTODONCIA

Una vez que estuvo inscrito en el plan odontológico durante 12 meses, es elegible para la asistencia de ortodoncia para usted (el asociado). Todos sus dependientes cubiertos también deben estar inscritos en el plan odontológico durante 12 meses antes de ser elegibles para recibir la asistencia de ortodoncia. Si cancela la cobertura por cualquier motivo y vuelve a inscribirse, el tiempo previo que estuvo inscrito en la cobertura se computa para el período de espera de 12 meses. (El período de espera de 12 meses se omite para los asociados localizados y sus dependientes cubiertos).

Si el odontólogo remite una declaración a comienzos de un período de tratamiento de ortodoncia que demuestra un gasto único por el tratamiento completo, se pagan los beneficios de la siguiente manera:

- El odontólogo recibe un pago inicial de hasta \$150.
- Una parte prorrateada del resto se paga cada tres meses en función del período estimado para el tratamiento y de la elegibilidad continua.
- El monto y la cantidad de pagos están sujetos a cambio si el costo o el período de tratamiento cambia.

El plan odontológico solo cubre el tratamiento de ortodoncia que comience después de que la persona cubierta comience a ser elegible para la asistencia de ortodoncia. Se considera que el tratamiento de ortodoncia activo comienza en la fecha en que se colocan los dispositivos activos. El tratamiento de ortodoncia activo se considera finalizado en lo que ocurra primero de:

- La fecha en que se interrumpe el tratamiento por voluntad propia.
- La fecha en que se extraen las bandas activas o los dispositivos.

Si una persona ha tenido un tratamiento de ortodoncia antes de comenzar a ser elegible para la asistencia de ortodoncia conforme al plan odontológico, el tratamiento está disponible solo si han pasado cinco años desde la finalización o interrupción de dicho plan de tratamiento de ortodoncia.

La reparación o la sustitución de un aparato de ortodoncia no está cubierto.

Existen ciertos beneficios de asistencia de ortodoncia que no tienen cobertura. Consulte [Qué no se cubre conforme al plan odontológico](#) que aparece más adelante en este capítulo.

Beneficios limitados

Planes de tratamiento alternativos: Cuando existan planes de tratamientos alternativos, el plan odontológico cubrirá el tratamiento profesionalmente aceptado estándar.

Transferencia de tratamiento: si realiza un cambio de la atención de un odontólogo por otro durante el tratamiento, o si más de un odontólogo le presta servicios para un procedimiento odontológico, el plan no cubre un monto superior al que se hubiese pagado si solo un odontólogo hubiese prestado servicios.

Qué no está cubierto conforme al plan odontológico

El plan odontológico no paga los beneficios para todos los tipos de servicios. Para determinar si un servicio está cubierto, llame a Delta Dental o envíe un cálculo aproximado previo al tratamiento con el formulario de beneficios. Los servicios que no están cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

Atención de ortodoncia: servicios relacionados con el tratamiento para la corrección de piezas dentarias mal ubicadas durante los primeros 12 meses consecutivos en los que un participante tiene cobertura conforme al plan odontológico.

Costos hospitalarios: los servicios prestados en un hospital o para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, cargos de proveedores e instalaciones. Esta exclusión no se aplica a los honorarios de cirujanos bucales para participantes que no estén inscritos en el Plan Médico para Asociados, conforme a los términos del plan odontológico.

Correcciones quirúrgicas: costos por servicios relacionados con la corrección quirúrgica de:

- disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ);
- deformidades orofaciales; y
- procedimientos quirúrgicos bucales específicos cubiertos por el Plan médico para asociados.

Dentaduras postizas: reparación o realineación de base de dentaduras postizas durante el periodo posparto de seis meses, y tales servicios recibidos con mayor frecuencia que una vez cada cinco años en el caso de reparaciones, y una vez cada tres años, en el caso de reparaciones de bases.

Estructura dental: los servicios para la restauración de la estructura dental perdida por desgaste, para la reconstrucción o el mantenimiento de las superficies de masticación debido a piezas dentarias desalineadas o a oclusión, o para la estabilización de piezas dentarias.

Experimentales o en investigación: costos por tratamientos o servicios, incluida la atención hospitalaria, que sean experimentales, estén en investigación o resulten inapropiados según los protocolos establecidos por Delta Dental.

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

Fuera del alcance de la concesión de la licencia o sin licencia: Servicios prestados por un odontólogo fuera del alcance de su licencia o servicios prestados por un odontólogo sin licencia.

Lesiones accidentales de dientes naturales sanos: los gastos del tratamiento de lesión accidental a dientes naturales sanos pueden estar cubiertos por el plan médico. Esta exclusión no se aplica a lesiones accidentales causadas por mordeduras o masticaduras; estos costos pueden estar cubiertos conforme al plan odontológico.

Medicamentos recetados: recetas indicadas para fines odontológicos.

Motivos estéticos: servicios realizados por motivos estéticos o para corregir malformaciones congénitas, hereditarias o del desarrollo. Esta exclusión no se aplica a servicios de ortodoncia para la corrección de piezas dentarias mal ubicadas.

Organismo gubernamental: servicios prestados o cubiertos por cualquier organismo gubernamental o conforme a cualquier programa o ley gubernamental, excepto en el caso de costos por beneficios por derechos legales según las leyes federales correspondientes.

Protección oclusal: dispositivos que se utilicen para reducir los efectos del bruxismo (apretar los dientes) u otros factores de oclusión. Esta exclusión no se aplica a los dispositivos ortóticos oclusales para tratar trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ).

Prótesis, duplicados: dispositivos o aparatos protésicos duplicados.

Puente bucal: reparación o recementado de puentes bucales o dentaduras postizas durante el período posparto de seis meses, y tales servicios recibidos con mayor frecuencia que una vez cada cinco años.

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

Retenedores: costos separados de retenedores (dispositivos para retener la relación de ortodoncia) o de dispositivos para corregir hábitos dañinos, como la succión del pulgar o la protrusión lingual.

Servicios iniciados antes de la fecha efectiva o durante el período de espera para los servicios de ortodoncia: costos de los tratamientos, incluidas las prótesis y ortodoncias, que se hayan iniciado antes de la fecha efectiva de la cobertura o antes de que usted fuera elegible para recibir los beneficios para servicios de ortodoncia.

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

Servicios optativos no necesarios: los servicios que no sean odontológicamente necesarios o que no cumplan con las normas de atención generalmente aceptadas para el tratamiento de la afección dental particular, incluida la decoración, personalización o inscripción en una pieza dentaria, dispositivo, aparato, corona u otro procedimiento dental.

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

OTROS COSTOS NO CUBIERTOS

- Cualquier procedimiento realizado por un propósito temporal
- Cargos que excedan el gasto máximo permitido
- Injertos extrabucales
- Hipnosis o acupuntura
- Instrucción para la higiene bucal e instrucción nutricional
- Programas de control de placas
- Servicios cubiertos por el Plan Médico para Asociados
- Servicios que no tienen costo
- Teleodontología

- Cualquier otro servicio no mencionado de forma específica como cubierto
- Costos cubiertos por la Ley de Compensación para Trabajadores o la ley de responsabilidades de los empleadores
- Servicios prestados por un miembro de la familia del participante
- Costos pagados como resultado de una guerra

Suspensión de la cobertura

En ocasiones, debe tomar medidas especiales para pagar sus primas del plan odontológico a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones ocurren suelen ocurrir con más frecuencia si se encuentra con un permiso de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda su parte del costo de cobertura (como después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte [Cuando se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

SI SE TOMA PERMISO DE AUSENCIA EN EL TRABAJO

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte [Cuando se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Cuándo finaliza la cobertura odontológica

Su cobertura finaliza el último día de trabajo o cuando deja de ser elegible conforme a los términos del Plan. La cobertura para dependientes finaliza cuando finaliza su cobertura o cuando el dependiente deja de ser un dependiente elegible (según lo definido en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#)). Todos los beneficios cesan el día en que finaliza la cobertura, excepto cuando la terminación de los procedimientos operativos está en curso en el momento en que finaliza la cobertura. Los “procedimientos operativos” se limitan a coronas individuales, dentaduras postizas y puentes bucales e implantes, y se consideran “en progreso” si todos los procedimientos para el comienzo de los análisis de laboratorio y todos los procedimientos operativos se completan dentro de los 45 días del cese de empleo. El plan odontológico no paga los beneficios si usted o sus dependientes cubiertos reciben beneficios de otro plan para estos gastos posteriores a la finalización. Usted o sus dependientes inscritos pueden ser elegibles para la continuación de la cobertura a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y sus enmiendas (COBRA). Consulte el capítulo [Ley COBRA](#) para obtener información sobre la continuación de la cobertura según la ley COBRA.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si regresa a trabajar para la compañía en un plazo de 13 semanas, se lo volverá a inscribir automáticamente en la misma cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si la interrupción es de 30 días o menos, el deducible anual y el período de espera para la atención de ortodoncia no se restablecerán. Si la interrupción es de más de 30 días, se restablecerán el deducible anual y el período de espera para la atención de ortodoncia. Si la interrupción es superior a 30 días, pero no supera las 13 semanas, y usted ya mantuvo la cobertura conforme al Plan durante dos años como mínimo, tendrá 60 días luego de reanudar su trabajo para dar de baja o cambiar la cobertura en la que quedó reinscrito automáticamente.

Si regresa a trabajar después de 13 semanas, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritas en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Si cancela la cobertura y vuelve a inscribirse

Si cancela la cobertura y se reinscribe dentro de los 30 días, quedará automáticamente reinscrito en la misma cobertura que tenía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). En este caso, el deducible anual y el período de espera para la atención de ortodoncia no se restablecerán.

Si cancela la cobertura y se reinscribe después de 30 días, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritos en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

SI CANCELA LA COBERTURA DE UN DEPENDIENTE Y SE LO VUELVE A INSCRIBIR

Si cancela la cobertura de un hijo dependiente y luego se determina que es elegible para la cobertura dentro de los 30 días, se reinscribirá automáticamente al dependiente en la misma cobertura que eligió para usted mismo. El deducible anual y los períodos de espera para la asistencia de ortodoncia no se restablecerán.

Si su dependiente recupera la elegibilidad y se lo reinscribe después de 30 días, se lo tratará como un dependiente recientemente elegible. El asociado puede inscribirlo para la cobertura conforme a los períodos y las condiciones que se describen en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

El plan oftalmológico

El plan oftalmológico	118
Cómo funciona el plan oftalmológico	118
Cómo usar el plan	119
Qué no está cubierto	119
Rotura y pérdida de anteojos	119
Presentación de un reclamo oftalmológico	119
Suspensión de la cobertura	120
Cuándo finaliza la cobertura oftalmológica	120
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	120
Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse	120

El plan oftalmológico

El plan oftalmológico lo ayuda a pagar los exámenes de la vista de rutina, los lentes, los marcos y los lentes de contacto, para que pueda ver con claridad en los próximos años.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Ubique un Centro de Visión de Walmart o un proveedor de Sam's Club Optical	Ingrese a One.Walmart.com	
Para obtener información detallada sobre la cobertura del plan oftalmológico o para ubicar a un proveedor de la red de VSP	Visite vsp.com e ingrese el número de miembro	Llame a VSP al 866-240-8390
Obtenga el costo de la cobertura del plan oftalmológico	Ingrese a One.Walmart.com	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362

Lo que debe saber sobre el plan oftalmológico

- La cobertura del plan oftalmológico es independiente del plan de seguro médico, el cual no suele cubrir los costos de la atención oftalmológica de rutina. Si le interesa obtener cobertura para servicios oftalmológicos que no cubra el plan de seguro médico, debe inscribirse por separado en el plan oftalmológico.
- Puede consultar con cualquier proveedor del Centro de Visión de Walmart, Sam's Club Optical o con la red de VSP para recibir atención y obtener el mismo nivel de beneficios. No hay beneficios disponibles si usted consulta con un proveedor fuera de la red.
- Puede comprar lentes de contacto en línea en [WalmartContacts.com](https://www.walmartcontacts.com) o [SamsClubContacts.com](https://www.samsclubcontacts.com). VSP coordina el monto de las compras que puede realizar conforme a la cobertura. Ingrese a [vsp.com](https://www.vsp.com) o llame a VSP al **866-240-8390** para obtener información acerca del beneficio de lentes de contacto.
- Si accede a un plan de HMO que ofrece cobertura oftalmológica, compare los beneficios de la HMO con los beneficios que ofrece el plan oftalmológico y decida qué opción satisface mejor sus necesidades.
- Si cuenta con cobertura médica a través del Plan Médico para Asociados (AMP), el número de teléfono de VSP se encuentra en la tarjeta de identificación del plan. Si está inscrito en una HMO o si se inscribe para recibir únicamente cobertura oftalmológica, o solo cobertura odontológica y oftalmológica, recibirá una tarjeta de identificación de VSP, la cual se enviará por correo a su domicilio.

El plan oftalmológico

Walmart ofrece el plan oftalmológico para ayudarlo a pagar la atención oftalmológica de rutina. El plan oftalmológico está administrado a través de VSP. Puede tener acceso a la atención conforme al plan oftalmológico a través de un Centro de Visión de Walmart o Sam's Club Optical, o a través de un proveedor de la red VSP de toda la nación. Puede obtener la cobertura del plan oftalmológico si es un asociado por hora o un asociado gerencial. La cobertura también está disponible para sus dependientes, salvo para los cónyuges o las parejas de los asociados de tiempo parcial, los asociados temporales y los conductores de camiones de tiempo parcial.

ELECCIÓN DEL NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe en el plan oftalmológico, además selecciona los miembros elegibles de la familia que desea cubrir:

- únicamente asociado
- asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial);
- asociado + hijos
- asociado + familia (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes y sobre cuándo se los puede inscribir, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Cómo funciona el plan oftalmológico

El plan oftalmológico cubre un examen de rutina de la vista cada año calendario; lentes, una vez por año calendario; marcos, una vez por año calendario o lentes de contacto, una vez por año calendario. El plan oftalmológico cubre los lentes de contacto recetados y los anteojos recetados. Si usted elige lentes de contacto, no será elegible para lentes ni marcos nuevamente hasta el año calendario siguiente. Los beneficios se pagan tal como se muestra en la tabla a continuación. Los proveedores de Walmart y los proveedores de la red de VSP aceptaron prestar sus servicios a los asociados con cobertura por un cargo previamente acordado; lo único que debe abonar es el copago correspondiente y el costo de los artículos no cubiertos u optativos. VSP le paga el resto directamente al proveedor. No se pagan beneficios por los servicios de un proveedor que no sea un proveedor de Walmart o Sam's Club ni un proveedor de la red de VSP.

Cargos adicionales. Los siguientes cargos le corresponden pagar a usted. Para obtener más información, llame a VSP al **866-240-8390**.

- Lentes bifocales
- Lentes extragrandes
- Lentes fotocromáticas o polarizadas que no tengan asignación rosa 1 o 2
- Lentes laminadas
- Lentes de alto índice
- Revestimiento antirreflexivo

BENEFICIOS DEL PLAN OFTALMOLÓGICO			
	Centro de Visión de Walmart	Sam's Club Optical	Proveedores de la red de VSP
Copago para el examen de rutina Una vez por año calendario	\$4 <i>Las limitaciones se aplican a las pruebas de visión deficiente o pruebas complementarias para individuos cuyos problemas de visión no se pueden corregir con lentes normales.</i>		
Copago para los materiales	\$4 <i>Se aplica con la compra de marcos o lentes (pero no de lentes de contacto). El copago se cobra únicamente cuando los marcos y las lentes se compran juntos.</i>		
Copago para las lentes progresivas	\$55		
Lentes • Lente unifocal • Lente bifocal con alineación • Lente trifocal con alineación • Lenticular • Multifocales progresivas	100 % de cobertura después del copago <i>Las lentes estándares están cubiertas luego del copago correspondiente. Consulte con su equipo óptico para saber qué lentes se ofrecen conforme al beneficio.</i>		
Marcos Una vez por año calendario	Gasto permitido de \$130 <i>Los cargos que superen el gasto permitido del marco le corresponden a usted.</i>		
Lentes de contacto Una vez por año calendario En lugar de anteojos	Gastos permitidos de \$130 en lentes de contacto <i>Es posible que se aplique una tarifa de hasta \$60 por adaptación y evaluación. Los cargos que superen el gasto permitido de lentes de contacto le corresponden a usted.</i>		
NOTA: Pueden aplicarse impuestos sobre las ventas, los cuales reducirán el beneficio oftalmológico.			

- Revestimiento de color
- Revestimiento espejado
- Procesos cosméticos opcionales
- Atención por poca visión
- Lentes cosméticos
- Marcos o lentes de contacto que cuestan más que su gasto permitido

Cómo usar el plan

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

PASO 1	Para buscar un Centro de Visión de Walmart o un proveedor de Sam's Club Optical, ingrese a One.Walmart.com ; para buscar un proveedor en la red de VSP, llame al 866-240-8390 o visite vsp.com e ingrese su número de miembro.
PASO 2	Cuando solicite una cita, identifíquese como miembro de VSP e informe al consultorio su nombre y fecha de nacimiento, y el nombre del paciente (si es diferente). El consultorio del proveedor se comunica con VSP para verificar si reúne los requisitos.
PASO 3	En la visita, pague el copago y cualquier otro monto requerido directamente al Centro de Visión de Walmart o Sam's Club Optical, o proveedor de la red de VSP. El consultorio del proveedor coordina el reembolso y se encarga de todas las demás tareas administrativas necesarias.

Qué no está cubierto

Algunos gastos no están cubiertos por el plan oftalmológico:

- Cargos por exámenes de la vista, lentes o marcos que:
 - Usted no esté obligado por ley a pagar o para los cuales no se efectuará ningún cargo en ausencia de cobertura oftalmológica.
 - Excedan los máximos del plan.
 - No sean necesarios conforme a las normas aceptadas de práctica oftalmológica, o no estén pedidos o recetados por un médico u optometrista.
 - No cumplan con las normas aceptadas de práctica oftalmológica, incluidos cargos de servicios o suministros experimentales o de investigación.
 - Se reciban como resultado de una enfermedad, un defecto o una lesión de la vista debido a un acto de guerra declarado o no declarado.
 - Sean para una afección, enfermedad, dolencia o lesión que surja del empleo compensable o en el transcurso de este, conforme a la Ley de Compensación de Trabajadores o la Ley de Responsabilidad del Empleador, cuando se pidan antes de que el paciente sea elegible para cobertura o después de que finaliza la cobertura.

- Se reciban sin cargo de una agencia gubernamental en cumplimiento con las leyes o las normas promulgadas por cualquier cuerpo gubernamental federal, estatal, municipal o de otro tipo.
- Se pagan a través de otro plan de seguro (consulte la sección [Qué sucede si tiene cobertura de más de un plan oftalmológico](#) que figura más adelante en este capítulo).
- Deban pagarse conforme a un programa de atención médica respaldado en su totalidad o en parte por fondos federales o cualquier subdivisión estatal o política.
- Tratamiento o insumos médicos o quirúrgicos
- Servicios profesionales o anteojos relacionados con ortóptica, entrenamiento de la vista, ayudas de visión subnormal, lentes anisecónicas y tonografía, y otros servicios/materiales cubiertos por el plan
- Reemplazo de lentes o marcos rotos después de un año de la compra
- Reemplazo de lentes o marcos perdidos, a menos que el paciente sea, de otro modo, elegible conforme a las disposiciones de frecuencia, tal como se detalla en la tabla [Beneficios del plan oftalmológico](#) en la página anterior
- Cargos del contrato de servicio
- Lentes sin aumento (lentes sin receta de menos de 0.50 de dioptría)
- Servicios de proveedores fuera de la red; es decir, cualquier proveedor que no esté afiliado a un Centro de Visión de Walmart o a Sam's Club Optical, o que no sea un proveedor de la red de VSP

Rotura y pérdida de anteojos

Si cuenta con cobertura del plan oftalmológico y sus anteojos se dañan dentro del año en el que los adquirió, puede regresar con su proveedor dentro de la red para obtener un reemplazo o que los reparen. Algunas garantías de anteojos pueden durar más de un año; consulte con su proveedor de anteojos para obtener información.

El plan oftalmológico no cubre los anteojos que se hayan perdido.

Presentación de un reclamo oftalmológico

Cuando utiliza el plan oftalmológico, por lo general, no es necesario presentar reclamos por los servicios; consulte la sección [Cómo usar el plan](#) para leer una descripción sobre la coordinación de los pagos. Si es necesario presentar un reclamo, por ejemplo, si se inscribió recientemente en el plan oftalmológico y realiza una consulta con un proveedor y su información personal todavía no figura en los registros de VSP, regrese al proveedor luego de que ingresen su información en el sistema y solicítele que presente un reclamo en su nombre. Los reclamos se procesan según los términos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

QUÉ SUCEDE SI TIENE COBERTURA DE MÁS DE UN PLAN OFTALMOLÓGICO

Si usted o un miembro de su familia cuentan con la cobertura del plan oftalmológico y también tienen cobertura de otro plan oftalmológico (por ejemplo, el plan oftalmológico de la compañía donde trabaja su cónyuge o pareja), se puede aplicar la coordinación de beneficios. El plan oftalmológico tiene el derecho de coordinar con otros planes con los cuales usted tiene cobertura, a fin de que los beneficios oftalmológicos totales que se deben pagar no excedan el nivel de beneficios que se deben pagar conforme al plan oftalmológico. Conforme al plan oftalmológico, el término “otros planes” hace referencia únicamente a otros planes administrados por VSP. No hay disposición de coordinación de beneficios con proveedores de cobertura oftalmológica que no sea VSP. Los planes a los que se hace referencia como “otros planes” se describen en la sección **Qué sucede si tiene cobertura de más de un plan de seguro médico** en el capítulo **Plan de seguro médico**.

Suspensión de la cobertura

Es posible que en ocasiones deba hacer arreglos especiales para pagar sus primas médicas para evitar que se suspenda la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con un permiso de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte **Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

SI SE TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte **Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

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

Cuándo finaliza la cobertura oftalmológica

Su cobertura finaliza el último día de trabajo o cuando deja de ser elegible conforme a los términos del Plan. La cobertura para dependientes finaliza cuando finalizan

su cobertura o cuando el dependiente deja de ser un dependiente elegible (según lo definido en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**). Usted o sus dependientes inscritos pueden reunir los requisitos para obtener una cobertura permanente a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación (Consolidated Omnibus Reconciliation Act, COBRA) de 1985 y sus enmiendas. Consulte el capítulo **Ley COBRA** para obtener información sobre la continuación de la cobertura según la ley COBRA.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si regresa a trabajar para la compañía en un plazo de 13 semanas, se lo volverá a inscribir automáticamente en la misma cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si la interrupción es superior a 30 días, pero no supera las 13 semanas, tendrá 60 días luego de reanudar su trabajo para cancelar o de lo contrario cambiar la cobertura en la que se lo reinscribió automáticamente.

Si regresa a trabajar después de 13 semanas, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritas en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse

Si cancela la cobertura y se reinscribe dentro de los 30 días, quedará automáticamente reinscrito en la misma cobertura que tenía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Si cancela la cobertura y se reinscribe después de 30 días, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritos en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

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

SI CANCELA LA COBERTURA DE UN DEPENDIENTE Y SE LO VUELVE A INSCRIBIR

Si cancela la cobertura de un hijo dependiente y luego se determina que es elegible para la cobertura dentro de los 30 días, se reinscribirá automáticamente al dependiente en la misma cobertura que eligió para usted mismo.

Si su dependiente recupera la elegibilidad y se lo reinscribe después de 30 días, se lo tratará como un dependiente recientemente elegible. El asociado puede inscribirlo para la cobertura conforme a los períodos y las condiciones que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Ley COBRA

Continuación de la cobertura de COBRA	124
Eventos calificadores de la ley COBRA	124
Pago de la cobertura de COBRA	126
Cuánto puede durar la cobertura de COBRA	127
Cuándo finaliza la cobertura de COBRA	129

Ley COBRA

Si usted o sus dependientes con cobertura pierden la cobertura médica, odontológica u oftalmológica a causa de un evento calificador, la ley federal que se conoce como “COBRA” puede permitirle continuar teniendo esa cobertura durante un período determinado a su cargo.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Comuníquese con Servicios al Personal dentro de los 60 días calendario a partir de un divorcio, una separación legal, si termina la relación con su pareja o si sus dependientes pierden la elegibilidad		Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362 o envíe una notificación por escrito a la siguiente dirección: Walmart People Services 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500
Comuníquese con WageWorks, el administrador de la ley COBRA para preguntar sobre la elegibilidad, la inscripción, las primas y la notificación de un segundo evento calificador	Visite mybenefits.wageworks.com	Llame al 800-570-1863

Lo que debe saber sobre COBRA

- “COBRA” significa Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1985. Esta ley se puede aplicar si se produce un “evento calificador” que de otra manera provocaría que usted o un dependiente con cobertura pierda la cobertura médica, odontológica u oftalmológica. Los eventos calificadores se describen en este capítulo. A través del Plan, se extiende la continuación de la cobertura de COBRA para usted y todos los dependientes con cobertura.
- En el caso de los beneficios médicos, odontológicos y oftalmológicos, la continuación de la cobertura de la ley COBRA puede seguir por hasta 18 o 36 meses, de acuerdo con el evento calificador. Estos 18 meses se pueden extender a 29 meses en determinadas circunstancias si se trata de una discapacidad.
- Si tiene un evento calificador y es elegible para recibir los beneficios de la ley COBRA, sus beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living) continuarán de manera automática durante 18 meses a partir de la fecha del evento calificador (o por el tiempo máximo durante el cual sería elegible para recibir la cobertura de la ley COBRA). No es necesario que se inscriba en la cobertura de COBRA para continuar teniendo los beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living).
- El Plan tiene un contrato con WageWorks, un administrador subcontratado de los beneficios de la ley COBRA. Las referencias a COBRA de esta sección son hacia la continuación de la cobertura del Plan, la cual puede ser más favorable a los participantes y dependientes que la continuación de la cobertura que se requiere, legalmente, conforme a COBRA.
- Existen reglas de notificación y plazos estrictos para inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, tal como se describe en este capítulo. Lea este capítulo detenidamente; si no cumple con estas reglas puede perder su derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para inscribirse, llame al **800-570-1863**.

Continuación de la cobertura de COBRA

Si finaliza su cobertura médica, odontológica u oftalmológica o la de sus dependientes elegibles conforme al Plan, usted o ellos podrán continuar con la cobertura de acuerdo con las disposiciones de continuación del Plan, que cumplen con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985 y sus enmiendas.

Un evento calificador es cuando usted o sus dependientes elegibles son elegibles para recibir la continuación de la cobertura de la ley COBRA, tales como la finalización de la relación laboral o la pérdida de elegibilidad para obtener beneficios. De acuerdo con la ley COBRA, todas las personas que podrían perder la cobertura después de un evento calificador se consideran “beneficiarios calificados”. Todos los beneficiarios calificados tienen el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA.

Para recibir la cobertura de la ley COBRA, debe haber tenido la cobertura médica, odontológica u oftalmológica del Plan el día anterior a la fecha del evento calificador, salvo que la cobertura haya finalizado mientras se encontraba con un permiso de ausencia, tal como se describe en esta página. Puede elegir un nivel de cobertura inferior o seleccionar un plan de seguro médico alternativo, si corresponde. La continuación de la cobertura de COBRA se aplica a la cobertura médica, odontológica y oftalmológica; no se aplica a otros beneficios que se describen en este *Libro de beneficios para asociados*.

Si cambia de plan de seguro médico cuando elige la cobertura de COBRA, se restablecerán el deducible anual y el gasto máximo en efectivo, y deberá alcanzar el deducible y el gasto máximo en efectivo nuevos en su totalidad.

Si cuenta con cobertura de la HMO al momento del evento calificador y el estado en el que vive dispone de reglas de continuación de cobertura más favorables que las de la ley federal COBRA, la HMO, por lo general, aplica las reglas estatales. En el caso de los participantes del Plan eComm PPO, este plan también cumple con las reglas estatales. Para obtener información sobre los derechos de continuación del estado, comuníquese con su proveedor de la HMO o del Plan eComm PPO, según corresponda.

SI SE TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Por lo general, si su permiso de ausencia finaliza y no regresa al trabajo, a usted y a sus dependientes elegibles inscritos en la cobertura médica, odontológica u oftalmológica del Plan se les ofrecerá, durante el permiso de ausencia, la cobertura de COBRA, que entrará en vigencia a partir del día siguiente a la fecha de finalización del empleo.

Si usted y sus dependientes elegibles estaban inscritos en la cobertura médica, odontológica u oftalmológica del Plan el día anterior al comienzo del permiso de ausencia, pero dio de baja la cobertura durante su licencia o la cobertura

se canceló debido a la falta de pago de las primas durante la licencia, se le ofrecerá la cobertura de COBRA cuando finalice la relación laboral. Si elige la cobertura de COBRA, esta entrará en vigencia en la fecha posterior a la fecha de finalización de la relación laboral. Esto significa que, si usted o cualquier dependiente elegible optan por COBRA al final de un permiso de ausencia durante el cual se suspendió o se canceló la cobertura, la cobertura de COBRA seleccionada no estará vigente de manera retroactiva a la fecha en la que se suspendió o canceló la cobertura, sino que estará vigente en la fecha posterior a la fecha de finalización de la relación laboral.

Eventos calificadores de la ley COBRA

Usted es elegible para COBRA si su cobertura médica, odontológica u oftalmológica finaliza por los siguientes motivos:

- Su empleo con Walmart finaliza por cualquier motivo; o
- Ya no es elegible para la cobertura médica porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para Walmart y pierde la elegibilidad para la cobertura conforme al Plan.

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

- Su relación laboral con Walmart finaliza por cualquier motivo;
- Su cónyuge o pareja ya no son elegibles para la cobertura médica, odontológica u oftalmológica porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para Walmart y pierde la elegibilidad de la cobertura conforme al Plan;
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente;
- Usted o su cónyuge ya no reúnen los requisitos establecidos en la definición de “pareja” a los fines del Plan (consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener la definición de “pareja”).
- Se inscribe en los beneficios de Medicare Parte D y se cancela su cobertura médica (debe llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362** en el plazo de 60 días de la inscripción en Medicare Parte D); o
- Usted fallece.

Su dependiente elegible que no sea su cónyuge ni pareja reúne los requisitos para los beneficios de la ley COBRA si la cobertura del dependiente finaliza por cualquiera de las siguientes razones:

- Su relación laboral con Walmart finaliza por cualquier motivo;
- Sus dependientes elegibles dejan de reunir los requisitos para la cobertura médica, odontológica u oftalmológica porque se redujo la cantidad de horas que usted trabaja regularmente para Walmart y pierde la elegibilidad de la cobertura conforme al Plan;

- Se inscribe en los beneficios de Medicare Parte D, por lo que se da por terminada su cobertura médica. (Usted o su dependiente elegible debe llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362** en un plazo de 60 días a partir de la inscripción en Medicare Parte D).
- Sus hijos dependientes ya no cumplen los requisitos de elegibilidad (por ejemplo, finaliza el mes en que un dependiente cumple 26 años); o
- Usted fallece.

NOTIFICACIÓN

En general, Walmart notificará a WageWorks, el administrador subcontratado de los beneficios de la ley COBRA para el Plan, si usted o sus dependientes comienzan a ser elegibles para obtener la continuación de la cobertura de COBRA a causa de su fallecimiento, la finalización de la relación laboral o la reducción de las horas de trabajo que hacen que pierda la elegibilidad para recibir la cobertura del Plan. Por lo general, Walmart notificará al administrador de la ley COBRA dentro de los 30 días luego del evento calificador.

De acuerdo con la ley, usted o su dependiente elegible deben notificar a Servicios al Personal si se divorcia, se separa legalmente, finaliza la relación con su pareja o un hijo deja de ser elegible debido a que pierde la condición de dependiente. También debe notificar a Servicios al Personal si se inscribe en Medicare Parte D. La notificación debe enviarse dentro de los 60 días a partir del evento calificador (o de la fecha en la cual finalizaría la cobertura debido al evento calificador, si es posterior). Usted o su dependiente elegible pueden enviar el aviso en representación de usted mismo, así como de cualquier dependiente elegible afectado por el evento calificador. Para informar el evento calificador, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362** o escriba a:

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

El aviso debe incluir la siguiente información:

- Nombre y dirección del asociado con cobertura
- Tipo de evento calificador
- Fecha del evento calificador
- Nombre de los dependientes que pierden la cobertura
- Dirección de los dependientes que pierden la cobertura (en caso de que difiera del domicilio del asociado cubierto)

Si usted no se comunica con Servicios al Personal dentro del plazo de 60 días, perderá el derecho a elegir la continuación de cobertura de COBRA. Con el fin de proteger los derechos de su familia, informe a Servicios al Personal sobre cualquier cambio que se produzca en las direcciones de los miembros de la familia. Debe guardar para su registro una copia de cualquier aviso que envíe a Servicios al Personal o a WageWorks.



De acuerdo con la ley federal, usted o su dependiente elegible debe notificar a Servicios al Personal en el plazo de 60 días calendario luego de un divorcio, una separación legal, la finalización de la relación con su pareja o el hecho de que un niño deje de ser elegible debido a la pérdida de la condición de dependiente, o la fecha en que se cancela la cobertura del Plan como resultado de alguno de estos eventos. Si usted o su dependiente elegible no notifica a Servicios al Personal en un plazo de 60 días, su dependiente no será elegible para recibir la cobertura de COBRA.

Usted o su dependiente elegible también debe notificar al administrador de COBRA por teléfono o por escrito si se produce un segundo evento calificador o una discapacidad que determine la Administración del Seguro Social con el fin de extender el período de cobertura de COBRA. Otras formas de notificación no obligarán legalmente al Plan. Si no avisa por teléfono o por escrito que ha ocurrido un segundo evento calificador o no solicita una extensión en un plazo de 60 días desde la fecha del segundo evento calificador o de la fecha en la que perdió (o perderá) la cobertura como resultado de un segundo evento calificador, los derechos de continuación de la cobertura de COBRA caducarán en la fecha en que termina la cobertura inicial de COBRA de usted o de sus dependientes elegibles.

INSCRIPCIÓN EN LA COBERTURA DE COBRA

Dentro de los 14 días luego de que el administrador de la ley COBRA reciba el aviso sobre un evento calificador, el administrador de la ley COBRA enviará, en nombre del Plan, un aviso de elección de COBRA a usted y sus dependientes elegibles a su última dirección conocida. El aviso de elección describe su derecho de continuar con la cobertura médica, odontológica u oftalmológica conforme a la ley COBRA. (Si no recibe esta notificación, comuníquese con Servicios al Personal). Para recibir la cobertura de continuación de COBRA, debe elegirla a través del administrador de COBRA en un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que pierde la cobertura o la fecha del aviso de elección, si es más tarde. Para inscribirse, debe completar y enviar por correo postal su notificación de elección de COBRA o ingresar a mybenefits.wageworks.com. Si elige la cobertura de COBRA, notifique al administrador de COBRA sobre cualquier cambio de dirección. Consulte la sección [Pago de la cobertura de COBRA](#) en la página siguiente para obtener información sobre cómo realizar los pagos de COBRA. Si necesita ayuda, llame al **800-570-1863**.

NOTA: Se le puede pedir que presente documentación probatoria del evento calificador.

Usted y cada uno de los dependientes elegibles gozan de derechos de elección independientes. Puede optar por la cobertura de la ley COBRA para todos los miembros de su familia que perdieron la cobertura debido al evento calificador. Uno de los progenitores o el tutor legal puede optar por la cobertura de COBRA en nombre de un dependiente elegible menor de edad. Un hijo que nace o que se le entrega en adopción mientras usted tiene la cobertura de COBRA también goza de los derechos de COBRA.

COBRA se proporciona sujeta a los requisitos de elegibilidad para la continuación de la cobertura para usted y sus dependientes elegibles conforme a la ley y a los términos del Plan. En la medida en que la ley lo permita, el administrador del Plan finalizará la cobertura de COBRA de forma retroactiva si se determina con posterioridad que usted no es elegible.



En lugar de elegir la cobertura de COBRA, usted y su familia pueden disponer de otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace) o de Medicaid. También pueden reunir los requisitos para obtener un “período de inscripción especial” de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sean elegibles (como por ejemplo un plan que patrocine el empleador de su cónyuge). También pueden tener el mismo derecho de inscripción especial al final de su cobertura de COBRA si obtienen dicha cobertura por el plazo máximo disponible. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre sus opciones en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

EVENTOS DE CAMBIO DE ESTADO MIENTRAS TIENE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

Después del período de elección de la ley COBRA, usted o su dependiente elegible no pueden cambiar la cobertura de COBRA elegida fuera del período de Inscripción Anual, a menos que se produzca un evento de cambio de estado o un evento calificador posterior. Para obtener información sobre los eventos de cambio de estado, consulte la sección **Eventos de cambio de estado** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**. Si se produce un cambio de estado (como el nacimiento de un hijo), deberá informar al administrador de COBRA dentro de los 60 días calendario luego del evento. Se puede solicitar documentación de respaldo. Tendrá derecho a realizar cambios a la cobertura durante cualquier período de Inscripción Anual mientras tiene cobertura de COBRA.

A menos que el Plan indique lo contrario, si agrega a un cónyuge o pareja, u otro dependiente elegible debido a un evento de cambio de estado mientras tiene la cobertura de COBRA, cada persona debe cumplir de forma individual con el período de espera de los beneficios correspondientes

(por ejemplo, para la cobertura de trasplantes o de la cirugía para la pérdida de peso) y estará sujeto a todas las limitaciones aplicables del Plan. Si usted cambia de plan médico debido a un evento de cambio de estado, se restablecerán sus deducibles anuales y el gasto máximo en efectivo, y usted deberá alcanzar los nuevos deducibles y gasto máximo en efectivo nuevo en su totalidad. Si cambia de un Plan de Contribución a otro plan, perderá el saldo de la cuenta HRA del Plan de Contribución.

Si tiene cobertura como dependiente y se produce un evento calificador que afecte su estado como tal y lo hace elegible para su propia continuación de cobertura de la ley COBRA, recibirá un crédito para sus deducibles y el gasto máximo en efectivo conforme al Plan Médico para Asociados por los gastos que pagó como dependiente cubierto, a menos que cambie de plan como se describió arriba. También recibirá crédito para cualquier período de espera.

En el caso de un cambio de estado, usted o su dependiente elegible puede cambiar la cobertura de beneficios a otro nivel de beneficios conforme al Plan, únicamente, si el cambio de la cobertura es coherente con el evento de cambio de estado.

Si se muda a un nuevo lugar y esto afecta la cobertura médica (por ejemplo, se muda desde un área con una HMO a un área sin esa HMO), tendrá 60 días calendario desde la fecha en que notificó al administrador de COBRA acerca del cambio de dirección para seleccionar un plan diferente. Si no envía sus elecciones dentro de los 60 días, quedará registrado en un plan predeterminado de manera automática.

Pago de la cobertura de COBRA

Usted o sus dependientes elegibles serán responsables de la parte de la prima que le corresponde al asociado y de la parte que la compañía cubría anteriormente, además de un gasto administrativo del 2 % (en los casos en que se produzca una extensión por discapacidad de 11 meses, corresponderá un gasto administrativo del 50 %, tal como se describe más adelante en este capítulo). La carta que se envió a usted y a los dependientes elegibles después de la notificación de un evento calificador incluirá el costo de la prima mensual de la cobertura de la ley COBRA.

Prima inicial de COBRA: Su primer pago vence a los 45 días después de que opta por la cobertura de COBRA y debe cubrir el costo de dicha cobertura desde el día posterior al evento calificador hasta el final del mes anterior al mes en que realiza el primer pago. (Por ejemplo, supongamos que su empleo finaliza el 30 de septiembre y pierde la cobertura el 30 de septiembre. Elige la cobertura de COBRA el 15 de noviembre. El pago de la prima inicial equivale a las primas de octubre y noviembre, y vence antes del 30 de diciembre, 45 días después de la fecha en la que eligió la cobertura de COBRA. Las primas continuas vencen el primer día de cada mes y tienen un período de gracia de 30 días. Por lo tanto, el pago que realice en diciembre se deberá recibir a más tardar el 31 de diciembre, es decir, el final del período de gracia de 30 días para el período de cobertura de diciembre).

Si el pago de la prima inicial no se realiza dentro del plazo permitido, no será elegible para la cobertura de COBRA.

Primas continuas: Las primas mensuales vencerán el primer día de cada mes después de la fecha de vencimiento de la prima inicial. Si realiza el pago antes o el primer día de cada mes, la cobertura de COBRA del Plan continuará durante ese mes sin interrupciones.

Antes de cancelar la cobertura, se le otorgará un período de gracia de 30 días desde la fecha de vencimiento de la prima. Sin embargo, si realiza el pago después del primer día del mes, se suspenderá la cobertura y no se pagará ningún reclamo pagado, incluidos los beneficios farmacéuticos, hasta que la deuda de la cobertura sea saldada hasta el mes actual. Si no paga esta prima, usted será responsable de los reclamos incurridos. Si el día 30 cae en un día de fin de semana o un día festivo, tendrá hasta el primer día hábil siguiente para pagar o hacer sellar su pago por el correo.

Como cortesía, el administrador de COBRA le enviará una factura por el pago de la prima de COBRA, a menos que realice sus pagos mediante débito de la Cámara de Compensación Automatizada (Automated Clearing House, ACH), en cuyo caso no recibirá una factura. Los pagos de las

primas vencen independientemente de si recibe o no la factura de pago. Si realiza el pago por correo postal, adjunte su pago a la factura y envíelo por correo a la siguiente dirección:

WageWorks
P.O. Box 660212
Dallas, Texas 75266-0212

Para pagar en línea, ingrese a mybenefits.wageworks.com.
 Para pagar por teléfono, llame al **800-570-1863**.

Si se cancela su cobertura de COBRA debido a la falta de pago de las primas, dicha cobertura finalizará el último día por el que pagó a tiempo su prima de COBRA completa, y no se restablecerá la cobertura.

Si no quiere continuar con la cobertura, puede cancelar la cobertura de COBRA en cualquier momento dejando de pagar las primas. No se requiere ninguna otra acción.

Cuánto puede durar la cobertura de COBRA

La duración máxima de la cobertura de COBRA depende del evento calificador por el cual usted es elegible para tener dicha cobertura, tal como se muestra en la tabla a continuación.

DURACIÓN MÁXIMA DE LA COBERTURA DE COBRA		
Evento	Asociado	Dependientes
<ul style="list-style-type: none"> Su empleo en la compañía finaliza por cualquier motivo Ya no es elegible para obtener la cobertura conforme al Plan debido a una reducción de las horas de trabajo 	18 meses desde la fecha del evento	18 meses desde la fecha del evento
<ul style="list-style-type: none"> Su fallecimiento Su estado civil (o de pareja) cambia Sus dependientes ya no cumplen los requisitos de elegibilidad (p. ej., el dependiente cumple 26 años) 	No se aplica	36 meses desde la fecha del evento
Usted se inscribe en Medicare menos de 18 meses antes de la finalización de su relación laboral o reducción de horas	18 meses desde la finalización de su relación laboral o reducción de horas	Hasta 36 meses desde la fecha en que el asociado se inscribió en Medicare
Usted se inscribe en Medicare Parte D	No se aplica	36 meses desde la fecha en que el asociado se inscribió en Medicare Parte D
Se obtiene una prórroga por discapacidad	29 meses desde la fecha del evento calificador original	29 meses desde la fecha del evento calificador original
Segundo evento calificador: debe notificar al administrador de COBRA dentro de los 60 días luego del segundo evento calificador o de la fecha de la pérdida de cobertura, si es posterior	No se aplica	Hasta 36 meses desde la fecha del evento calificador original

SI TIENE DERECHO A LA COBERTURA DE MEDICARE

Si reúne los requisitos para obtener la cobertura de Medicare Partes A o B y termina su relación laboral con la compañía (o pierde la cobertura del Plan), debe tener en cuenta que, si no se inscribe en Medicare Partes A o B durante el período de inscripción especial de Medicare, es posible que deba esperar hasta el próximo período de inscripción anual de Medicare para hacerlo y es posible que, cuando se inscriba, deba pagar una prima de Medicare más alta. El período de inscripción especial de ocho meses corre desde la fecha en que ya no es empleado de la compañía (o pierde la cobertura del Plan, lo que suceda primero), incluso si elige la cobertura de continuación de COBRA (p. ej., después de que termina su relación laboral). Para obtener más información, consulte el manual *Medicare & You* (Medicare y usted) de Medicare, que se publica cada año. El manual se consigue directamente en Medicare llamando al **800-633-4227** o se descarga del sitio web de Medicare: medicare.gov.

Tener derecho a la cobertura de Medicare significa que es elegible para la cobertura de Medicare y para inscribirse en esta. Si accede al derecho de recibir Medicare menos de 18 meses antes de que ocurra un evento calificador a causa de la finalización de la relación laboral o una reducción en las horas de empleo, sus dependientes elegibles pueden optar por COBRA para un período de no más de 36 meses a partir de la fecha en que usted comenzó a ser elegible para recibir Medicare.

Si tiene derecho a la cobertura de Medicare antes de la fecha de elección de COBRA, usted y sus dependientes elegibles deben informar al administrador de COBRA al **800-570-1863** sobre su estado dentro de Medicare para asegurarse de que el período máximo de cobertura se calcule correctamente.

SI USTED O UN DEPENDIENTE ELEGIBLE TIENEN UNA DISCAPACIDAD

Si es un beneficiario calificado con cobertura de COBRA debido a que finalizó la relación laboral o se redujeron las horas, usted y cada uno de sus familiares inscritos pueden tener derecho a recibir 11 meses adicionales de cobertura de COBRA si usted o alguno de sus familiares inscritos queda discapacitado (es decir, puede obtener hasta 29 meses en total de cobertura de COBRA). El período de cobertura de COBRA de 29 meses se inicia el día después de la finalización de su empleo o de la reducción de horas de trabajo que lo hacen perder elegibilidad para la cobertura del Plan. La prórroga por discapacidad solo se aplica si se reúnen todas las siguientes condiciones:

- La Administración de Seguridad Social determina que usted o sus dependientes elegibles tienen una discapacidad.
- La discapacidad existe en cualquier momento dentro de los primeros 60 días calendario de la cobertura de COBRA y debe durar por lo menos hasta la finalización del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA.

- Usted o sus dependientes elegibles informan al administrador de COBRA que la Administración de Seguridad Social ha determinado la existencia de una discapacidad presentando una copia de la carta de reconocimiento de la discapacidad al administrador de COBRA durante el período inicial de cobertura de COBRA de 18 meses y en el plazo de 60 días de lo que suceda después de:
 - la fecha de su evento calificador;
 - la fecha de la carta de la Administración de Seguridad Social de reconocimiento de la discapacidad; o
 - la fecha en la que usted o sus dependientes elegibles pierden la cobertura del Plan como resultado del evento calificador.

En ausencia de una carta de reconocimiento oficial de la Administración de Seguridad Social, el Plan podrá aceptar otro tipo de correspondencia de la misma entidad en tanto explícitamente incluya toda la información que el Plan necesita para garantizar la extensión y enviarla al administrador de COBRA en los plazos establecidos más arriba.

Si usted o su dependiente elegible reúne los requisitos para obtener la extensión por discapacidad, se le enviará a usted o a su dependiente elegible por correo postal una factura nueva, antes de que finalice el período inicial de cobertura de COBRA de 18 meses, a menos que realice los pagos a través del débito de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH), en cuyo caso no recibirá ninguna factura. Comuníquese con el administrador de COBRA para obtener detalles sobre el pago de las primas durante un período de extensión por discapacidad.

Por lo general, la prima de COBRA para el período de entre 19 meses hasta 29 meses de cobertura de COBRA es la suma del monto que pagaba antes del evento calificador, el monto que la compañía pagaba y un arancel administrativo del 50 % o el 150 % del monto total de la prima.

Sin embargo, si se aplica la extensión por discapacidad, pero el miembro de la familia beneficiario calificado y discapacitado no se afilia a la cobertura de COBRA, la prima de COBRA para los miembros de la familia cubiertos durante el período de extensión se limita al 102 % del monto total de la prima. Usted o sus dependientes elegibles deben notificar al administrador de COBRA dentro de los 30 días luego de la fecha en que la Administración de Seguridad Social determina que usted o sus dependientes ya no tienen la discapacidad.

SI TIENE UN SEGUNDO EVENTO CALIFICADOR MIENTRAS TIENE LA COBERTURA DE COBRA

Si bien usted (el asociado) no puede recibir una extensión de la cobertura de COBRA debido a un segundo evento calificador, el dependiente elegible que tengan cobertura de COBRA debido a la finalización de la relación laboral o la reducción de horas puede recibir la cobertura de COBRA por hasta un total de 36 meses si se produce un segundo evento calificador durante el período de continuación de

cobertura original de 18 meses (o durante el período de cobertura de 29 meses, en el caso de una extensión por discapacidad).

Los siguientes pueden considerarse segundos eventos calificadores:

- Su fallecimiento
- Su divorcio, separación legal o finalización de la relación con una pareja
- Su hijo ya no es elegible para la cobertura médica, odontológica u oftalmológica (por ejemplo, el dependiente cumple 26 años)
- Su inscripción en Medicare Parte D

Si se produce un segundo evento calificador mientras su dependiente elegible tiene la cobertura de COBRA, dicha cobertura puede durar hasta 36 meses desde la fecha del primer evento calificador que hizo que usted (el asociado) reúna los requisitos para obtener la cobertura de COBRA.



Para recibir la extensión del período de cobertura de COBRA, usted o sus dependientes elegibles deben notificar al administrador de COBRA acerca del segundo evento calificador dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del evento o de la pérdida de cobertura luego del evento, si es más tarde. Si no se notifica al administrador de COBRA acerca del segundo evento calificador durante el plazo de 60 días, sus dependientes elegibles no podrán obtener la prórroga de la cobertura de COBRA y la cobertura finalizará a partir de la fecha del período inicial de cobra caducado.

Cuándo finaliza la cobertura de COBRA

Por lo general, la cobertura de COBRA finaliza después de un período máximo de cobertura de 18 meses, 29 meses o 36 meses. Consulte la sección [Cuánto puede durar la cobertura de COBRA](#) en este capítulo para averiguar cuál es el período de cobertura máximo de COBRA que se aplica a su caso.

La cobertura de COBRA puede finalizar antes del final del período de 18 meses, 29 meses o de 36 meses si:

- La compañía deja de proporcionar cobertura médica, odontológica u oftalmológica a cualquier asociado.
- Una vez que finalice el período de pago inicial de 45 días, no realiza un pago por la cobertura de COBRA dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de vencimiento (si el día 30 cae durante un fin de semana o un día sin reparto de correo, tendrá tiempo hasta el siguiente día hábil para pagar o hacer sellar su pago por el correo).
- Usted o sus dependientes elegibles empiezan a tener cobertura de otro plan médico, odontológico u oftalmológico grupal luego de elegir la cobertura de COBRA.

- Durante un período de extensión por discapacidad, la Administración del Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado (finaliza la cobertura de COBRA para todos los beneficiarios calificados, no solo el beneficiario calificado discapacitado, a partir de (a) el primer día del mes en que se cumplen más de 30 días luego de la determinación final de la Administración del Seguro Social que el beneficiario calificado ya no está discapacitado o (b) el final del período de cobertura que se aplica independientemente de la extensión por discapacidad).
- Usted o sus dependientes elegibles presentan al Plan un reclamo por fraude o información fraudulenta.

PRESENTACIÓN DE UNA APELACIÓN

Tiene derecho a apelar una decisión de estado de inscripción o elegibilidad relacionada con su cobertura de COBRA. Para obtener más información, consulte la sección [Cómo apelar una decisión de estado de inscripción o elegibilidad](#) en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Recursos para la vida (Resources for Living®)

Cómo usar Recursos para la vida (Resources for Living)	132
Servicios de asesoramiento de RFL	132
Servicios financieros y legales de RFL	132
Asistencia para la vida cotidiana a través de RFL	132
Cuándo finalizan los beneficios de RFL	133
Presentación de un reclamo por los beneficios de RFL	133

Recursos para la vida (Resources for Living®)

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

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Hable con un asesor o especialista sobre el trabajo y la vida para identificar los recursos y soluciones para las necesidades diarias		Llame al 800-825-3555
Acceda a artículos, herramientas y recursos en relación a un amplio rango de temas	Ingrese a One.Walmart.com o a rfl.com : Usuario: Walmart Contraseña: Asociado	
Acceda mensualmente a consejos para una vida saludable y a seminarios web sobre diversos temas	Ingrese a One.Walmart.com o a rfl.com : Usuario: Walmart Contraseña: Asociado	

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

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

Cómo usar Recursos para la vida (Resources for Living)

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

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

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

Servicios de asesoramiento de RFL

Ya sea que precise ayuda para resolver un asunto puntual o simplemente alguien con quien hablar, RFL está ahí para apoyarlo. Usted puede llamar y obtener asistencia para:

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

Usted o sus familiares elegibles pueden hablar con un asesor de RFL por teléfono, televideo o en persona. Simplemente llame al número gratuito de RFL al **800-825-3555** para obtener asistencia. Si su situación requiere asesoramiento conductual en persona, puede recibir hasta tres sesiones por cada tema por año, sin cargo.

Servicios financieros y legales de RFL

RFL le da acceso a expertos en materia legal y financiera. Ya sea que esté preparando su presupuesto o un testamento, RFL puede ayudarlo. Los especialistas de RFL pueden ayudarlo a:

- Cumplir con sus objetivos financieros y ahorrar para el futuro
- Explorar sus opciones relacionadas con cuestiones legales
- Elaborar un presupuesto personal
- Hacer durar más su dinero
- Pagar las deudas
- Recuperarse de un robo de identidad y mucho más

Puede participar sin cargo en una consulta de media hora por cuestiones legales o financieras, o en una consulta de una hora por cuestiones de robo de identidad. Tenga en cuenta que este servicio no brinda asistencia en situaciones que involucren el derecho laboral.

Asistencia para la vida cotidiana a través de RFL

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

- Cuidado de niños o ancianos
- Recursos de la familia militar
- Cuidado de mascotas
- Recursos para adoptar
- Servicios de reparación de viviendas
- Grupos de apoyo
- Opciones educativas y recursos para niños y adultos
- Acceso a herramientas que le permitan respaldar su bienestar, entre las que se incluyen una alimentación saludable, actividad física, un mejor descanso y manejo del estrés

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

LLAMAR A RFL

Llame al **800-825-3555** para obtener asistencia personalizada en cualquier momento. Los servicios están disponibles en inglés y español (puede solicitar previamente la asistencia en otros idiomas). Las llamadas son confidenciales, excepto que lo exija la ley.

RFL EN LA WEB

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

Usuario: **Walmart**

Contraseña: **Asociado**

También puede acceder a rfl.com haciendo clic en el enlace de inicio único de sesión en la página de RFL en One.Walmart.com.

Cuándo finalizan los beneficios de RFL

Si tiene un evento calificador y es elegible para recibir los beneficios de la ley COBRA, sus beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living) continuarán de manera automática durante 18 meses a partir de la fecha del evento calificador (o por el tiempo máximo durante el cual sería elegible para recibir la cobertura de la ley COBRA). No es necesario que se inscriba en la cobertura de COBRA para continuar teniendo los beneficios de Recursos para la vida (Resources for Living).

Presentación de un reclamo por los beneficios de RFL

No es necesario que presente un reclamo de beneficios de RFL. Puede acceder al sitio web de RFL o comunicarse con RFL por teléfono en cualquier momento. Sin embargo, si tiene preguntas sobre sus beneficios o no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362** o presentar un reclamo por escrito a la siguiente dirección:

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

Los reclamos y las apelaciones se determinan según los plazos y los requisitos para los procedimientos de presentación de reclamos de beneficios médicos que se establecen en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Seguro por enfermedades críticas

Seguro por enfermedades críticas	136
Beneficios por enfermedades críticas	136
Cuándo comienza la cobertura del seguro por enfermedades críticas	137
Cómo nombrar a un beneficiario	137
Presentación de un reclamo	138
Cuándo no se pagan los beneficios	138
Suspensión de la cobertura	138
Cuándo finaliza la cobertura	139
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	139
Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse	139

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Allstate Benefits respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan. Allstate Benefits es el nombre comercial de American Heritage Life Insurance Company, la compañía aseguradora y subsidiaria de The Allstate Corporation.

Seguro por enfermedades críticas

Si usted y sus dependientes se inscriben en el seguro por enfermedades críticas, será elegible para un beneficio directo de suma única en efectivo para ayudarlo a pagar los gastos relacionados con las enfermedades críticas cubiertas.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga información detallada	Visite One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart	Llame a Allstate Benefits al 800-514-9525

Lo que debe saber sobre el seguro por enfermedades críticas

- Usted puede adquirir un seguro por enfermedades críticas que los ayude a usted y a su familia en caso de que se le diagnostique una enfermedad grave a una persona cubierta.
- Puede elegir montos de cobertura de \$5,000, \$10,000, \$15,000 o \$20,000.
- Si se le diagnostica una afección cubierta a una persona con cobertura, el seguro por enfermedades críticas paga un porcentaje del monto de cobertura en una suma única, según la naturaleza de la afección.
- No se requiere un comprobante de buena salud para ningún nivel de cobertura.
- El Certificado de Seguro disponible en línea en One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart proporciona información detallada sobre el seguro por enfermedades críticas, además de los puntos importantes disponibles en este capítulo.

Seguro por enfermedades críticas

El seguro por enfermedades críticas brinda un beneficio directo si a usted o a sus dependientes cubiertos se les diagnostica una enfermedad para la que tiene cobertura. La póliza paga beneficios independientemente de cualquier otro seguro que tenga, y además de este.

La cobertura está disponible en incrementos de \$5,000 hasta un límite máximo de \$20,000 sin la necesidad de presentar un comprobante de buena salud.

El seguro por enfermedades críticas está disponible para usted si es un asociado por hora o un asociado gerencial. La cobertura también está disponible para sus dependientes elegibles, excepto los cónyuges/parejas de los asociados de tiempo parcial, los asociados temporales y los conductores de camión de tiempo parcial.

ELECCIÓN DEL NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe en un seguro por enfermedades críticas, además selecciona los miembros elegibles de la familia que desea cubrir.

- Únicamente asociado
- Asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)
- Asociado + hijos
- Asociado + familia (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)

Para obtener información sobre la elegibilidad y sobre cuándo se puede inscribir, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

El costo de la cobertura se basa en los montos de cobertura que usted elija, los dependientes elegibles que elija que sean cubiertos, su edad y si usted (o su cónyuge/pareja cubierto) es elegible para las tarifas para personas libres de tabaco.

Si tiene cobertura para asociado únicamente o asociado + cónyuge/pareja y usted (o su cónyuge/pareja) da a luz un hijo, su hijo recién nacido recibirá cobertura automáticamente por 60 días después del nacimiento. Debe cambiar su elección a asociado + hijo(s) o asociado + familia si desea continuar con la cobertura de su hijo después de los 60 días. Consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener información sobre cuándo y cómo modificar su elección.

Beneficios por enfermedades críticas

Los beneficios se pagan si le diagnostica una de las afecciones que se enumeran abajo. La cobertura debe ser efectiva antes de la fecha de diagnóstico para que la afección o enfermedad esté cubierta por la póliza.

Los siguientes beneficios se pagan al 100 % del monto de cobertura que elija:

- Cáncer invasivo
- Enfermedad de Alzheimer (implica la pérdida de tres actividades de la vida diaria [Activities of Daily Living, ADL])
- Cirugía de derivación de la arteria coronaria

- Insuficiencia renal terminal
- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad de Parkinson (implica la pérdida de dos ADL)
- Pérdida total de la audición (a causa de una enfermedad)
- Pérdida de la vista de uno o ambos ojos (a causa de una enfermedad)
- Cuadriplejía (a causa de una enfermedad)
- Paraplejía (a causa de una enfermedad)
- Pérdida de al menos un pie, una mano, un brazo o una pierna (a causa de una enfermedad)
- Tumor cerebral benigno
- Coma (de siete días de duración) a causa de una enfermedad
- Trasplante de un órgano principal (consulte la nota a continuación)

Si deben realizarle el trasplante de un órgano vital, según se especifica en la cláusula correspondiente del certificado de seguro, recibirá el 100 % del monto de cobertura que elija. Si está inscrito en el Plan Saver, no es elegible para dicha cláusula incluida en el seguro por enfermedades críticas.

Los siguientes beneficios se pagan a menos del 100 % del monto de cobertura que elija:

- Carcinoma in situ: 25 % del monto de la cobertura
- Pérdida completa de uno o más dedos de la mano y/o uno o más dedos del pie (debido a una enfermedad): 25 % del monto de la cobertura
- Ataques isquémicos transitorios (Transient ischemic attacks, TIA): 25 % del monto de la cobertura
- Aneurisma (ruptura o disección): 25 % del monto de la cobertura
- Enfermedades específicas: 50 % del monto de la cobertura
 - Enfermedad de Addison
 - Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig)
 - Meningitis cerebroespinal (bacteriana)
 - Parálisis cerebral
 - Fibrosis quística
 - Difteria
 - Encefalitis
 - Corea de Huntington
 - Enfermedad del legionario (confirmación mediante cultivo o esputo)
 - Malaria
 - Esclerosis múltiple
 - Distrofia muscular
 - Miastenia gravis
 - Fascitis necrotizante
 - Osteomielitis
 - Poliomielitis
 - Rabia
 - Anemia drepanocítica
 - Lupus sistémico
 - Esclerosis sistémica (esclerodermia)
 - Tétanos
 - Tuberculosis

Los beneficios antes descritos suelen pagarse solo una vez, a partir de la aparición inicial de cada enfermedad crítica identificada más arriba (o bien, en el caso de cáncer invasivo, según el tipo particular de cáncer). Sin embargo, si tiene una recurrencia de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, cirugía de derivación de la arteria coronaria, cáncer invasivo, carcinoma in situ, rabia, ruptura o disección de aneurisma, tumor cerebral benigno o coma, el plan pagará un beneficio por reaparición del 100 % del monto de cobertura, siempre que la recurrencia se produzca 180 días después de la aparición anterior (o, en caso de una recurrencia del mismo cáncer, siempre que no presente síntomas ni esté bajo tratamiento durante los 180 días posteriores a la aparición anterior).

Otros beneficios que se pagan:

- Ambulancia: \$250 por ambulancia terrestre o \$2,000 por ambulancia aérea si una persona cubierta requiere transporte en ambulancia a un hospital o centro de emergencia debido a una enfermedad cubierta.
- Trastorno de estrés postraumático (Post-traumatic stress disorder, PTSD): \$100 por cada día que una persona cubierta recibe asesoramiento por PTSD; se paga una vez al día por persona cubierta y se limita a seis días por año de cobertura.
- Beneficio en caso de cáncer de piel: \$500 después del diagnóstico positivo de cáncer de piel (carcinoma de piel de células basales y carcinoma escamoso) realizado por un doctor en medicina autorizado y certificado por la Junta Americana de Patología para practicar anatomía patológica o por un patólogo osteopático basado en el examen microscópico de muestras de biopsia de piel. Este beneficio no se paga por melanoma maligno (que está cubierto por el beneficio de cáncer invasivo). Tampoco incluye ninguna afección que se considere precancerosa, como leucoplasia; queratosis actínica; carcinoma; hiperplasia; policitemia; melanoma benigno; lunares; u otras enfermedades o lesiones similares. Se paga solo una vez por persona cada año calendario.
- Evaluación del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI) y del Centro de Excelencia de Walmart: cuando se evalúa para determinar el tratamiento apropiado de una enfermedad cubierta con diagnóstico previo, \$500 por evaluación; \$250 por transporte y alojamiento si el centro se encuentra a más de 100 millas de su casa. Se paga una vez por cada aparición inicial o reaparición de una enfermedad cubierta.
- Beneficio de alojamiento: \$60 por día cuando usted o un miembro de su familia con cobertura recibe tratamiento por una enfermedad cubierta de manera ambulatoria en un centro de tratamiento ubicado a más de 100 millas de su casa o la del miembro de su familia con cobertura. Este beneficio está limitado a 60 días por año calendario y no se paga en caso de que el alojamiento sea por más de 24 horas antes o después del tratamiento.
- Beneficio de transporte: \$0.50 por milla para los vehículos personales, hasta \$1,500, o hasta \$1,500 para transporte de ida y vuelta para tarifas económicas en una empresa de transportes común. Se debe solicitar un medio de transporte para el tratamiento de una enfermedad crítica cubierta en un hospital (atención hospitalaria o ambulatoria), centro de radioterapia, clínica oncológica o de quimioterapia, o cualquier otro

centro de tratamiento especializado independiente. Si el tratamiento es para un niño con cobertura y se necesita una empresa de transporte común, se pagará el beneficio a dos adultos para que acompañen al niño. Este beneficio no se pagará si la persona cubierta vive dentro de las 100 millas del lugar de tratamiento.

Su Certificado de Seguro contiene información completa sobre los beneficios que se pagarán. Para obtener una copia, visite One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart. También puede llamar a Allstate Benefits al **800-514-9525** para solicitar una copia.

Cuándo comienza la cobertura del seguro por enfermedades críticas

Si se inscribe durante el período de Inscripción Anual, su cobertura es efectiva el 1 de enero del próximo año.

Si se inscribe fuera del período de Inscripción Anual, su cobertura es efectiva en la fecha en que se produzca el evento de cambio de estado o al finalizar su período de espera de elegibilidad, lo que suceda más tarde. No se pagan beneficios por ninguna enfermedad diagnosticada antes de su fecha efectiva de cobertura. Si usted falleciera antes de la fecha efectiva, no se pagarán a sus beneficiarios los beneficios del seguro por enfermedades críticas.

Su seguro por enfermedades críticas comienza a regir independientemente de si se encuentra en actividad o no, siempre y cuando se presente en su primer día de trabajo y se haya inscrito en los beneficios. Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información.

Cómo nombrar a un beneficiario

Si fallece mientras tiene cobertura de seguro por enfermedades críticas, sus beneficiarios recibirán cualquier beneficio adeudado en el momento de su fallecimiento.

Debe nombrar a los beneficiarios que recibirán su beneficio del seguro por enfermedades críticas si usted fallece. Para hacerlo, visite One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet. Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart.

Se necesita la siguiente información para cada beneficiario que designe:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado fallece antes que usted,

el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Allstate Benefits no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario.

Se asignará automáticamente a usted (el asociado) como beneficiario principal de la cobertura del seguro por enfermedades críticas de sus dependientes. Si usted y los dependientes fallecen el mismo día, los beneficios se pagarán a los herederos de sus dependientes o a un pariente vivo de los dependientes que esté incluido en la opción de Allstate Benefits.

CÓMO CAMBIAR SU BENEFICIARIO

Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](#) para los asociados de Jet. Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto.

SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Su cónyuge/pareja; si no vive, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
5. Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](#) para los asociados de Jet.

Presentación de un reclamo

Dentro de los 60 días en que se produzca o comience un accidente cubierto, debe enviar lo antes posible una notificación de reclamo a:

Allstate Benefits
Attn: Walmart Claims Unit
P.O. Box 41488
Jacksonville, Florida 32203-1488

También puede proporcionar una notificación de reclamo de la siguiente manera:

En línea: [AllstateBenefits.com/mybenefits](https://www.allstatebenefits.com/mybenefits)
 Por teléfono: **800-514-9525**
 Por fax: **877-423-8804**

Incluya la siguiente información de la persona cubierta:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha en que comenzó la enfermedad cubierta

Puede solicitar un formulario de reclamo a Allstate Benefits o ingresar a [One.Walmart.com](https://www.walmart.com), [Workday](#) para los asociados de Jet, o [AllstateBenefits.com/Walmart](https://www.allstatebenefits.com/walmart) para obtener una copia. Si no recibe un formulario de reclamo dentro de los 15 días de su solicitud, puede enviar una notificación del reclamo a Allstate Benefits y proporcionar a Allstate Benefits una declaración de la naturaleza y la magnitud del siniestro.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Usted o su beneficiario tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#) para conocer más detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

Esta póliza no paga beneficios por las enfermedades críticas que se produzcan debido a lo siguiente o que surjan de lo siguiente directa o indirectamente:

- Cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no, o participación en disturbios, insurrección o rebeliones;
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente;
- Participación en una ocupación ilegal o intento de cometer un delito;
- Intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Encontrarse bajo los efectos de narcóticos o de cualquier sustancia química controlada a menos que se administre según recomendación de un médico;
- Participación en cualquier forma de aeronáutica excepto como pasajero que abona pasaje en una aeronave autorizada de una empresa de transportes común y que opera entre aeropuertos establecidos definitivamente; o
- Abuso de alcohol o alcoholismo, drogadicción o dependencia de cualquier sustancia controlada.

Suspensión de la cobertura

Es posible que en ocasiones deba hacer arreglos especiales para pagar sus primas del seguro por enfermedades críticas para evitar que se suspenda la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con un permiso de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte **Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

SI SE TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte **Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura de seguro por enfermedades críticas finaliza en el momento en que ocurra la primera de las siguientes situaciones:

- El momento del cese de su relación laboral.
- Ante la imposibilidad de pagar sus primas.
- En la fecha de su fallecimiento.
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar).
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.

La cobertura de seguro por enfermedades críticas de su cónyuge/pareja finaliza:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro.
- El último día del período de pago en que su condición laboral cambia a asociado de tiempo parcial, temporal o conductor de camión de tiempo parcial.
- En la fecha en que su cónyuge/pareja pierde la elegibilidad, como con una sentencia de divorcio válida o la finalización de una pareja.
- Al momento del fallecimiento de su cónyuge/pareja.

La cobertura de seguro por enfermedades críticas de sus hijos dependientes finaliza:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro.
- En la fecha en que su hijo dependiente pierde su elegibilidad.
- Al momento del fallecimiento de su hijo elegible.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CUANDO FINALIZA

Si la cobertura del seguro por enfermedades críticas finaliza según se describe anteriormente en esta sección, puede continuar recibiendo el seguro por enfermedades críticas directamente de Allstate Benefits mediante la cobertura de transferibilidad. Para recibir la cobertura de transferibilidad, debe informar su deseo de continuar con la cobertura a Allstate Benefits y enviar la primera prima dentro de los 60 días de la fecha después de que finalice su cobertura del seguro por enfermedades críticas.

Las primas para la cobertura de transferibilidad se deben pagar antes de recibir la cobertura de cada mes, el primer día del mes calendario. Las primas tienen la misma tarifa que esté vigente para el seguro por enfermedades críticas para los asociados activos que tengan la misma cobertura.

Para obtener más información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

CUÁNDO EL DEPENDIENTE PIERDE LA ELEGIBILIDAD

Todos los dependientes elegibles que tengan cobertura del seguro por enfermedades críticas cuando esa cobertura finalice también pueden recibir cobertura de transferibilidad, según los términos descritos anteriormente. Para obtener información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía y regresa a trabajar dentro de las 13 semanas, quedará automáticamente reinscrito en el mismo plan de cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Si la interrupción es superior a 30 días, pero no supera las 13 semanas, tendrá 60 días luego de reanudar su trabajo para cancelar o de lo contrario cambiar la cobertura en la que se lo reinscribió automáticamente.

Si regresa a trabajar después de 13 semanas, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritas en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse

Si da de baja la cobertura y se reinscribe dentro de los 30 días, quedará automáticamente reinscrito en la misma cobertura que tenía antes de dar de baja la cobertura (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Si cancela la cobertura y se reinscribe después de 30 días, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritos en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE DE LA COBERTURA Y SE LO VUELVE A INSCRIBIR

Si se da de baja a un hijo dependiente de la cobertura y luego se determina que es elegible para la cobertura dentro de los 30 días, se lo reinscribirá automáticamente en la misma cobertura que eligió para usted mismo.

Si su dependiente recupera la elegibilidad y se lo reinscribe después de 30 días, se lo tratará como un dependiente recientemente elegible. El asociado puede inscribirlo para la cobertura conforme a los períodos y las condiciones que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Seguro contra accidentes

Seguro contra accidentes	142
Beneficios del seguro contra accidentes	142
Cuándo comienza la cobertura del seguro contra accidentes	145
Cómo nombrar a un beneficiario	145
Presentación de un reclamo	146
Cuándo no se pagan los beneficios	146
Suspensión de la cobertura	146
Cuándo finaliza la cobertura	147
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	147
Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse	147

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Allstate Benefits respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan. Allstate Benefits es el nombre comercial de American Heritage Life Insurance Company, la compañía aseguradora y subsidiaria de The Allstate Corporation.

Seguro contra accidentes

Este seguro lo ayuda si tiene un accidente fuera del trabajo. Si el accidente está cubierto, puede cubrir los gastos de tratamiento de atención inmediata, hospitalización, fisioterapia, transporte y alojamiento. Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que desee que se paguen al proveedor.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga información detallada	Visite One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart	Llame a Allstate Benefits al 800-514-9525

Lo que debe saber sobre el seguro contra accidentes

- Usted puede adquirir un seguro contra accidentes para ayudarlo a usted y su familia en caso de que una persona cubierta tenga un accidente cubierto que requiera atención médica.
- El seguro contra accidentes paga un beneficio fijo en una suma única, según la naturaleza del accidente y la atención requerida.
- No se requiere un comprobante de buena salud para ningún nivel de cobertura.
- La cobertura se brinda a través de Allstate Benefits. El Certificado de Seguro disponible en línea en One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart proporciona información detallada sobre el seguro contra accidentes, además de los puntos importantes disponibles en este capítulo.

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes le brinda beneficios si usted o sus dependientes cubiertos reciben un tratamiento cubierto debido a un accidente que sufrió fuera del trabajo. Los beneficios incluidos en esta póliza no se reducen debido a ningún otro beneficio que usted pueda recibir.

El seguro contra accidentes está disponible para usted si es un asociado por hora o un asociado gerencial. La cobertura también está disponible para sus dependientes, salvo para los cónyuges o las parejas de los asociados de tiempo parcial, los asociados temporales y los conductores de camiones de tiempo parcial.

ELECCIÓN DEL NIVEL DE COBERTURA

Cuando se inscribe en un seguro contra accidentes, además selecciona los miembros elegibles de la familia que desea cubrir:

- Únicamente asociado
- Asociado + cónyuge/pareja (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)
- Asociado + hijos
- Asociado + familia (excepto para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales o conductores de camión de tiempo parcial)

Para obtener información sobre la elegibilidad y sobre cuándo se puede inscribir, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

El costo de la cobertura se calcula según los dependientes elegibles a los que desea incluir en la cobertura.

Si tiene cobertura para asociado únicamente o asociado + cónyuge/pareja y usted (o su cónyuge/pareja) da a luz un hijo, su hijo recién nacido recibirá cobertura automáticamente por 60 días después del nacimiento. Debe cambiar su elección a asociado + hijo(s) o asociado + familia si desea continuar con la cobertura de su hijo después de los 60 días. Consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener información sobre cuándo y cómo modificar su elección.

Beneficios del seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes le brinda beneficios si usted o un dependiente cubierto requieren tratamiento médico o son internados por un accidente cubierto que se produce fuera del trabajo. Un accidente suele estar cubierto si ocurre mientras usted (o un miembro de su familia con cobertura) no está trabajando en ningún trabajo con paga o beneficios y es resultado de un evento repentino, imprevisto e inesperado que produzca lesiones y que ocurra sin la intención de la persona lesionada. Ciertos accidentes no están cubiertos. Para obtener más información, consulte [Cuándo no se pagan los beneficios](#) más adelante en este capítulo.

Para obtener una lista completa de los beneficios y los montos que se deben pagar, visite [One.Walmart.com](#) o [AllstateBenefits.com/Walmart](#).

El seguro contra accidentes pagará un beneficio si usted recibe servicios determinados en relación con un accidente cubierto que sufrió fuera del trabajo. Consulte la tabla en la página siguiente para obtener información con respecto a los servicios para los cuales el seguro contra accidentes paga un beneficio.

SERVICIO	MONTO DEL BENEFICIO	LIMITACIONES
Atención inmediata (honorarios del médico, radiografías y sala de emergencia)	\$120 por accidente cubierto	Los servicios se deben recibir dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto.
Tratamiento de seguimiento (no está cubierto por la fisioterapia)	\$50 por tratamiento de seguimiento después de un tratamiento de emergencia pagado como atención inmediata, hasta 6 tratamientos	Las visitas de seguimiento deben tener lugar dentro de los 30 días posteriores al tratamiento cubierto inicial. Beneficio pagado por un solo tratamiento por día.
Fisioterapia (no está cubierta por el tratamiento de seguimiento)	\$50 por día, hasta 10 días	El tratamiento debe comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto o al alta del hospital y se lo debe recibir dentro de los seis meses posteriores al accidente cubierto o al alta.
Hospitalización inicial	\$1,500 que se pagan la primera vez que una persona cubierta es hospitalizada por al menos 24 horas; \$2,250 si ingresa directamente a una unidad hospitalaria de cuidado intensivo	La hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto. Se paga solo una vez por hospitalización por año calendario.
Hospitalización	Beneficio diario de \$300 por una internación continua de al menos 18 horas, hasta 365 días	La hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto. No se paga el mismo día que se paga el beneficio de rehabilitación.
Internación en unidad de cuidado intensivo (ICU)	\$900 por día, hasta 15 días	La internación debe comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente cubierto.
Internación en ICU intermedios	\$200 por día, hasta 15 días	Debe estar internado en una unidad de cuidados intermedios por al menos 18 horas.
Internación en unidad de rehabilitación (después de la hospitalización)	\$100 por día internado en una unidad de rehabilitación	Se paga hasta 30 días por período de internación continuo; máximo de 60 días. No se pagan los días en los que se paga el beneficio de internación en un hospital.
Exámenes de diagnóstico complejos	\$400 por tomografía computada, resonancia magnética o electroencefalograma	Un pago por año calendario.
Aparato para ayudar con la locomoción o movilidad personal	\$200 por muletas, sillas de ruedas, aparato ortopédico para la pierna, aparato ortopédico para la espalda, andador y bota ortopédica	Se paga una vez por accidente cubierto.
Prótesis	\$1,000	Se paga una vez por accidente cubierto. No se paga por audífonos, pelucas y dispositivos odontológicos (incluidas piezas dentarias postizas).
Ambulancia	\$250 para ambulancia terrestre o \$2,000 para ambulancia aérea	El transporte en ambulancia debe ser dentro de las 72 horas posteriores al accidente cubierto.
Sangre, plasma o plaquetas	\$100	No se paga por inmunoglobulina. Se paga una vez por accidente cubierto.
Transporte para recibir tratamiento en un hospital que no sea local	\$400 por viaje de ida y vuelta; \$400 adicionales si el hijo dependiente está recibiendo tratamiento	Se pagan hasta tres viajes de ida y vuelta por año. No se paga el transporte en ambulancia.
Alojamiento de la familia en caso de internación en un hospital que no sea local	\$100 por noche para un familiar directo de la persona cubierta, por hasta 30 días	Se paga solo durante los días en que la persona cubierta está internada en un hospital que no sea local.

El seguro contra accidentes también paga un beneficio si se corroboran las siguientes lesiones específicas en un accidente cubierto.

LESIÓN	MONTO DEL BENEFICIO	LIMITACIONES
Dislocación	\$188–\$3,750, según la articulación dislocada	Se pagan hasta dos dislocaciones por accidente. Ciertos tratamientos pueden reducir el beneficio.
Quemaduras	\$100–\$10,000 según el grado de quemadura y la extensión de la zona afectada	Si en el comprobante de siniestro no se especifica la extensión de la quemadura, se pagará el monto del beneficio más bajo. El tratamiento por parte de un médico debe ser dentro de las 72 horas posteriores al accidente cubierto.
Injertos de piel	50 % del monto del beneficio para quemaduras	Se paga además del beneficio por quemaduras.
Lesión ocular	\$250 para reparación quirúrgica; \$50 para la extracción de un cuerpo extraño	Para servicios prestados por un médico.
Heridas	\$25–\$400, según la extensión de la herida	Si en el comprobante de siniestro no se especifica la extensión de la herida, se pagará el monto del beneficio más bajo. El tratamiento debe ser dentro de las 72 horas posteriores al accidente cubierto.
Fracturas	\$375–\$3,750, según la ubicación de la fractura; 25 % para fractura por avulsión u otras fracturas no corregidas por reparación abierta o cerrada	Para fracturas corregidas por reparación abierta o cerrada como resultado de un accidente cubierto. No se pagan más de dos fracturas por accidente cubierto.
Traumatismo (cerebral)	\$50	Como resultado de un accidente cubierto.
Servicios odontológicos de emergencia	\$50 para extracción de piezas dentarias rotas; \$150 para reparación de piezas dentarias rotas con coronas	Se paga una vez por accidente cubierto.
Coma	\$10,000	El coma debe persistir por al menos siete días. Se excluye el coma médicamente inducido.
Procedimientos quirúrgicos	\$350–\$1,400, según el procedimiento quirúrgico	Se deben realizar dentro del año posterior al accidente cubierto. Las cirugías varias se pagan una vez cada 24 horas a pesar de que se realice más de una cirugía o procedimiento.

Su Certificado de Seguro contiene información completa sobre los beneficios que se pagarán. Para obtener una copia, visite One.Walmart.com o AllstateBenefits.com/Walmart. También puede llamar a Allstate Benefits al **800-514-9525** para solicitar una copia, la cual se proporcionará sin costo.

Cuándo comienza la cobertura del seguro contra accidentes

Si se inscribe durante el período de Inscripción Anual, su cobertura es efectiva el 1 de enero del próximo año del Plan.

Si se inscribe fuera del período de Inscripción Anual, su cobertura es efectiva en la fecha en que se produzca el evento de cambio de estado o al finalizar su período de espera de elegibilidad, lo que suceda más tarde. Si usted falleciera antes de la fecha efectiva, no se pagarán a sus beneficiarios los beneficios del seguro contra accidentes.

Su seguro contra accidentes comienza a regir independientemente de si se encuentra en actividad o no, siempre y cuando se presente en su primer día de trabajo y se haya inscrito en los beneficios. Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información.

Cómo nombrar a un beneficiario

Si fallece mientras tiene cobertura de seguro contra accidentes, sus beneficiarios recibirán cualquier beneficio adeudado en el momento de su fallecimiento.

Debe nombrar a los beneficiarios que recibirán su beneficio del seguro contra accidentes si usted fallece. Para hacerlo, visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Allstate Benefits no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario.

Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios son para cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios con Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal requiera lo contrario.

Se asignará automáticamente a usted (el asociado) como beneficiario principal de la cobertura contra accidentes de sus dependientes. Si usted y los dependientes fallecen el mismo día, los beneficios se pagarán a los herederos de sus dependientes o a un pariente vivo de los dependientes que esté incluido en la opción de Allstate Benefits.

CÓMO CAMBIAR SU BENEFICIARIO

Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto.

SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Su cónyuge/pareja; si no vive, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a su
5. Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet.

Presentación de un reclamo

Dentro de los 60 días de que se produzca o comience un accidente cubierto, debe enviar lo antes posible una notificación de reclamo a:

Allstate Benefits
Attn. Walmart Claims Unit
P.O. Box 41488
Jacksonville, Florida 32203-1488

También puede proporcionar una notificación de reclamo de la siguiente manera:

En línea: [AllstateBenefits.com/mybenefits](https://www.allstatebenefits.com/mybenefits)
 Por teléfono: **800-514-9525**
 Por fax: **877-423-8804**

Incluir la siguiente información de la persona cubierta:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha en que se produjo el accidente cubierto

Puede solicitar un formulario de reclamo a Allstate Benefits o ingresar a [One.Walmart.com](https://www.One.Walmart.com) o a [AllstateBenefits.com/Walmart](https://www.AllstateBenefits.com/Walmart) para obtener una copia. Si no recibe un formulario de reclamo dentro de los 15 días de su solicitud, puede enviar una notificación del reclamo a Allstate Benefits y proporcionar a Allstate Benefits una declaración de la naturaleza y la magnitud del siniestro.

Se le pedirá que presente una prueba escrita de su reclamo a Allstate. Por lo general, debe presentar una prueba escrita de su reclamo dentro de los 90 días posteriores al servicio o a la pérdida, o lo más pronto que sea razonablemente posible después de la pérdida si no es posible presentarla dentro de los 90 días. En cualquier caso, por lo general, debe presentar las pruebas necesarias del reclamo a Allstate dentro de los 15 meses, o se rechazará su reclamo.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Usted o su beneficiario tienen derecho a apelar un reclamo rechazado.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagan beneficios por un siniestro que se produzca a causa o como resultado de lo siguiente:

- Una lesión que se produzca como resultado de un accidente mientras trabajaba en un trabajo con paga o beneficios;
- Una lesión que se produjo antes de la fecha efectiva de la cobertura;
- Cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no, o participación en disturbios, insurrección o rebeliones;

- Suicidio o intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Una lesión que se produce mientras usted o un miembro de su familia con cobertura se encuentra bajo los efectos del alcohol o de narcóticos, a menos que se administren según recomendación de un médico;
- Cirugía odontológica o plástica para fines cosméticos, excepto cuando la cirugía sea necesaria para el tratamiento de una lesión o la corrección de un problema del funcionamiento normal del cuerpo que fuera causado por una lesión;
- Participación en cualquier forma de aeronáutica, excepto como pasajero que abona un pasaje en una aeronave autorizada de una empresa de transportes común y que opera entre aeropuertos establecidos definitivamente;
- Comisión o intento de cometer un ataque o un delito;
- Conducir en una carrera organizada o programada o en una prueba de velocidad o mientras se prueba un automóvil u otro vehículo en un circuito o pista; o
- Las lesiones que se producen mientras la persona cubierta es miembro activo del servicio militar, la fuerza naval o las fuerzas aéreas de un país o de una combinación de países. Cuando se reciba la notificación y el comprobante de servicio en esas fuerzas, Allstate Benefits devolverá la parte proporcional a la prima pagada durante el período de ese servicio.

Suspensión de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro contra accidentes a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con un permiso de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

SI TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura de seguro contra accidentes finaliza en el momento en que ocurra la primera de las siguientes situaciones:

- El momento del cese de su relación laboral.
- Ante la imposibilidad de pagar sus primas.
- En la fecha de su fallecimiento.
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar).
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.

La cobertura de seguro contra accidentes de su cónyuge/pareja finaliza:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro contra accidentes.
- El último día del período de pago en que su condición laboral cambia a asociado de tiempo parcial, temporal o conductor de camión de tiempo parcial.
- En la fecha en que su cónyuge/pareja pierde la elegibilidad, como con una sentencia de divorcio válida o la finalización de una pareja.
- Al momento del fallecimiento de su cónyuge/pareja.

La cobertura de seguro contra accidentes de sus hijos dependientes finaliza:

- En la fecha en que finaliza su cobertura de seguro contra accidentes.
- En la fecha en que su hijo dependiente pierde su elegibilidad.
- Al momento del fallecimiento de su hijo elegible.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CUANDO FINALIZA

Si la cobertura del seguro contra accidentes finaliza según se describe anteriormente en esta sección, puede continuar recibiendo el seguro contra accidentes directamente de Allstate Benefits mediante la cobertura de transferibilidad. Para recibir la cobertura de transferibilidad, debe informar su deseo de continuar con la cobertura a Allstate Benefits y enviar la primera prima dentro de los 60 días de la fecha en que terminó su cobertura del seguro contra accidentes.

Las primas para la cobertura de transferibilidad se deben pagar antes de recibir la cobertura de cada mes, el primer día del mes calendario. Las primas tienen la misma tarifa que esté vigente para el seguro contra accidentes para los asociados activos que tengan la misma cobertura.

Para obtener más información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

CUÁNDO EL DEPENDIENTE DEJA DE SER ELEGIBLE

Todos los dependientes elegibles que tenían cobertura del seguro contra accidentes cuando esa cobertura finalizó también pueden recibir cobertura de transferibilidad, según los términos descritos en la página anterior. Para obtener información, comuníquese con Allstate Benefits al **800-514-9525**.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía y regresa a trabajar dentro de las 13 semanas, quedará automáticamente reinscrito en el mismo plan de cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Si la interrupción es superior a 30 días, pero no supera las 13 semanas, tendrá 60 días luego de reanudar su trabajo para cancelar o de lo contrario cambiar la cobertura en la que se lo reinscribió automáticamente.

Si regresa a trabajar después de 13 semanas, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritas en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si da de baja la cobertura y vuelve a inscribirse

Si da de baja la cobertura y se reinscribe dentro de los 30 días, quedará automáticamente reinscrito en la misma cobertura que tenía antes de dar de baja la cobertura (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Si cancela la cobertura y se reinscribe después de 30 días, se lo considerará como recientemente elegible y podrá inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritos en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE DE LA COBERTURA Y SE LO VUELVE A INSCRIBIR

Si se da de baja a un hijo dependiente de la cobertura y luego se determina que es elegible para la cobertura dentro de los 30 días, se lo reinscribirá automáticamente en la misma cobertura que eligió para usted mismo.

Si su dependiente recupera la elegibilidad y se lo reinscribe después de 30 días, se lo tratará como un dependiente recientemente elegible. El asociado puede inscribirlo para la cobertura conforme a los períodos y las condiciones que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Seguro de vida pagado por la compañía

Seguro de vida pagado por la compañía	150
Cómo nombrar a un beneficiario	150
Cuándo comienza la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía	150
Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal	150
Presentación de un reclamo	151
Cuándo no se pagan los beneficios	151
Cuándo finaliza la cobertura	151
EstateGuidance®	151
Cómo continuar su seguro de vida pagado por la compañía cuando se va de Walmart	152
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	152

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

Seguro de vida pagado por la compañía

Walmart le brinda automáticamente seguro de vida sin costo para que puede estar tranquilo porque saber que sus seres queridos tendrán ayuda financiera si pasara lo impensable.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Visite One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenga más información sobre la cobertura • Solicite un beneficio acelerado • Obtenga más información sobre cómo continuar con el seguro 		Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

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

- Si usted es asociado de tiempo completo pagado por hora o asociado gerencial, Walmart le brinda cobertura de seguro de vida sin costo. (Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte las tablas [Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#)). No es necesario inscribirse, ni presentar un comprobante de buena salud.
- Su monto de cobertura es igual a su salario anualizado, incluidas las horas extras y bonificaciones, durante el período de un año previo a su fallecimiento, redondeado a los \$1,000 más cercanos, hasta un máximo de \$50,000.
- Está disponible un pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal.
- La cobertura se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.

Seguro de vida pagado por la compañía

Si usted es asociado de tiempo completo pagado por hora o asociado gerencial, Walmart le brinda cobertura de seguro de vida sin costo. (Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte las tablas [Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#)). No es necesario inscribirse.

El monto de cobertura que paga la compañía es igual a su salario anualizado, incluidas las horas extras y bonificaciones, durante el período de un año previo a su fallecimiento, redondeado a los \$1,000 más cercanos, hasta un máximo de \$50,000.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que su beneficio de seguro de vida pagado por la compañía se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios. Para hacerlo, visite [One.Walmart.com](#) o [Workday](#) para los asociados de Jet. Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio de seguro de vida pagado por la compañía, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en [Si no nombra a un beneficiario](#) más adelante en este capítulo.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario. Si usted y un beneficiario fallecen en el mismo evento y no se puede determinar quién falleció primero, se tratará al beneficiario como si hubiera fallecido antes que usted.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

CÓMO CAMBIAR SU BENEFICIARIO

Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](#) o [Workday](#) para los asociados de Jet. Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto.

SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Cónyuge o pareja del difunto; si no viven, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a su
5. Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](#) o [Workday](#) para los asociados de Jet.

Cuándo comienza la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía

La cobertura del seguro de vida pagado por la compañía comienza en la fecha que se especifica en las tablas [Inscripción y fechas efectivas por clasificación laboral](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#). Para que su cobertura entre en vigencia, usted debe estar trabajando activamente. Se considera que trabaja activamente en uno de sus días laborales programados si está realizando, de la manera habitual, todas las tareas regulares de su trabajo. Consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener más información.

Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal

Si tiene una enfermedad terminal, puede elegir recibir un “beneficio acelerado” en vida de hasta el 50 % del monto que sus beneficiarios hubieran recibido después de su fallecimiento (calculado el día que presente el comprobante de enfermedad terminal). El pago se puede realizar en una única suma o en 12 cuotas mensuales de igual valor. Después de su fallecimiento, sus beneficiarios reciben lo que resulte mayor de lo siguiente: (a) el 100 % de sus ganancias anuales, según el salario promedio más reciente durante los últimos

26 períodos de pago, menos el monto de los beneficios por enfermedad terminal pagados conforme a la opción de pago acelerado de beneficios por fallecimiento; o (b) el monto de seguro vigente antes del pago de los beneficios por enfermedad terminal, menos el monto de cualquier beneficio por enfermedad terminal pagado conforme a la opción de pago acelerado de beneficios por fallecimiento.

Si finaliza su relación laboral en la compañía después de recibir (o comenzar a recibir) el beneficio acelerado, necesitará convertir la póliza para que sus beneficiarios reciban el saldo después de su fallecimiento. Si no convierte su póliza al finalizar la relación laboral, no se pagará ningún beneficio a sus beneficiarios. Consulte la sección **Cómo continuar su seguro de vida pagado por la compañía cuando se va de Walmart** que está en este capítulo para obtener más detalles sobre la conversión.

Conforme a la póliza, se considera que tiene una enfermedad terminal si su expectativa de vida es de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o dolencia es terminal.

En algunas circunstancias, no se paga el beneficio acelerado. Llame a Prudential al **877-740-2116** para obtener más información.

Consulte a un profesional fiscal para que evalúe las consecuencias de este beneficio.

Presentación de un reclamo

Se debe proporcionar la siguiente información a Prudential con respecto al asociado fallecido:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha del fallecimiento
- Causa del fallecimiento (si se conoce)

Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. El certificado de defunción debe enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

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

El reclamo no se cerrará hasta que Prudential reciba el certificado de defunción. La aceptación del certificado de defunción no garantiza el pago.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Sus beneficiarios tienen derecho a apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener información, llame a Prudential al **877-740-2116**.

Si fallece fuera de un radio de 100 millas de su hogar, existe un beneficio para los gastos por trasladar su cuerpo de regreso a un lugar escogido dentro de los Estados Unidos o a su residencia en el momento del fallecimiento. El beneficio incluye los gastos de embalsamamiento, cremación, un ataúd y el transporte de los restos mortales. El beneficio consiste en el monto que sea menor por el costo de transporte de sus restos mortales o \$10,000.

Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios no se pagan a ningún beneficiario involucrado en un acto ilícito que haya producido el fallecimiento del asociado. En este caso, el beneficio podría transferirse a otro beneficiario designado elegible o, si los beneficiarios no están vivos, a un beneficiario que figure en la lista predeterminada, según se especifica en **Si no nombra a un beneficiario** que aparece anteriormente en este capítulo.

Cuándo finaliza la cobertura

La cobertura de su seguro de vida pagado por la compañía finaliza:

- El momento del cese de su relación laboral.
- El último día del período de pago cuando su condición laboral cambia a asociado de tiempo parcial.
- En la fecha de su fallecimiento.
- En la fecha de pérdida de la elegibilidad;
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar).
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.

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

EstateGuidance®

EstateGuidance le permite preparar el testamento en línea desde su computadora personal sin costo alguno para usted. El testamento garantiza que sus bienes se distribuirán según su voluntad y le permite designar a un tutor para sus hijos menores de edad. Para completar el cuestionario en línea, ingrese en willguidance.com, contraseña: **Walmart**.

NOTA: Su testamento no anulará la designación de beneficiarios en una póliza de seguro de vida o en una cuenta de jubilación, como un plan 401(k). Por esta razón, revise sus designaciones de beneficiarios, en especial luego de crear un testamento, para asegurarse de que sus designaciones se condigan con sus deseos. Si los beneficiarios que ha indicado en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart.

Cómo continuar su seguro de vida pagado por la compañía cuando se va de Walmart

En la mayoría de los casos, tiene dos opciones para continuar con su seguro de vida pagado por la compañía si su cobertura de vida grupal finaliza. La primera opción, denominada **transferibilidad**, le permite continuar total o parcialmente su cobertura actual a través de una póliza grupal temporal con Prudential. La segunda opción, denominada **conversión**, le permite convertir su cobertura total o parcialmente en una póliza individual de Prudential.

Usted debe solicitar la transferibilidad o la conversión dentro de los 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura pagada por la compañía. Si fallece dentro de los 31 días desde una pérdida calificadora de cobertura y antes de elegir la transferibilidad o conversión de su cobertura de seguro de vida, Prudential le pagará a su beneficiario un Beneficio de fallecimiento. El beneficio se pagará sobre la base del monto de la cobertura que estaba en vigencia antes de que ocurriera la pérdida calificadora de cobertura, incluso si usted no solicitó la transferibilidad o conversión de su cobertura.

La **transferibilidad** le permite mantener un seguro de vida temporario similar con Prudential luego de que termina su relación laboral, siempre que se reúnan determinadas condiciones. Se exige un comprobante de buena salud para transferir su cobertura. Si usted no presenta el comprobante de buena salud o no se lo aprueban, será elegible para convertir su seguro de vida pagado por la compañía en una póliza individual, como se describe en la siguiente columna.

Puede solicitar una cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- Su cobertura de vida pagada por la compañía finaliza por una razón que no sea:
 - Abandona la compañía por a una discapacidad.
 - Walmart cambia de compañía de seguros para el seguro de vida grupal y usted es elegible o pasa a ser elegible dentro de los 31 días siguientes.
- Está trabajando de manera activa el día que finaliza el seguro pagado por la compañía.
- Tiene menos de 80 años de edad.
- El monto de su seguro es de \$20,000, como mínimo, el día en que finaliza su seguro pagado por la compañía.

Si reúne estas condiciones, tendrá 31 días a partir de la fecha del cese para comunicarse con Prudential e inscribirse.

La **conversión** es una disposición obligatoria del Plan que le permite convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual si la cobertura finalizara porque deja de trabajar en la compañía o cambia de clase elegible. No debe presentar comprobante de buena salud. Las tarifas se basan en su edad y en el monto convertido. Tiene 31 días a partir de la fecha del cese de la cobertura para solicitar convertir su cobertura en una póliza individual. Si fallece dentro del período de conversión de 31 días, el beneficio de fallecimiento se pagará hasta el monto que se haya podido convertir.

Si es residente de Minnesota, tiene derecho a continuar la cobertura en lugar de convertirla cuando la pierde debido a una reducción de horas o la finalización de la relación laboral (que no sea una falta de conducta grave). Puede elegir continuar la cobertura por su cuenta hasta que obtenga cobertura de otra póliza de seguro de vida grupal; sin embargo, el período máximo por el que puede continuar con la cobertura es 18 meses. Si continúa la cobertura, cuando se venza el período de continuación, puede convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual, como se describió anteriormente.

Para solicitar información sobre la transferibilidad o la conversión, llame a Prudential al **877-740-2116**.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si vuelve a trabajar para la compañía como asociado de tiempo completo pagado por hora o asociado gerencial dentro de las 13 semanas, se lo reinscribirá automáticamente en la cobertura.

Si regresa a trabajar transcurridas 13 semanas, se lo considerará recientemente elegible y deberá completar el período de espera de elegibilidad que corresponda. Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información.

Seguro de vida opcional para asociados

Seguro de vida opcional para asociados	156
Cómo nombrar a un beneficiario	156
Cuándo comienza la cobertura del seguro de vida opcional para asociados	157
Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal	157
Presentación de un reclamo	157
Cuándo no se pagan los beneficios	158
Suspensión de la cobertura	158
Cuándo finaliza la cobertura	158
Cómo continuar su seguro de vida opcional para asociados cuando deja Walmart	158
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	159
Si da de baja o reduce la cobertura y vuelve a inscribirse	159

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados cuida a su familia ofreciéndoles protección financiera adicional durante momentos difíciles.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Visite One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenga más información • Solicite un beneficio acelerado • Obtenga más información sobre cómo continuar con el seguro 		Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

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

- Si es un asociado pagado por hora o un asociado gerencial, se puede inscribir en el seguro de vida opcional para asociados si es elegible, según lo descrito en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).
- Según el monto de cobertura que elija y cuándo se inscriba, debe presentar un comprobante de buena salud.
- Puede inscribirse, cambiar o dar de baja el seguro de vida opcional para asociados en cualquier momento, pero, si se inscribe en otro momento que no sea el período de inscripción inicial, deberá presentar un comprobante de buena salud.
- Está disponible un pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal.
- La cobertura se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.

Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados protege a su familia si usted fallece mientras rige la cobertura. Si tiene una enfermedad terminal, es posible que se le pague un beneficio adicional en vida.

Si es un asociado pagado por hora o un asociado gerencial, se puede inscribir en el seguro de vida opcional para asociados si es elegible, según lo descrito en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Las opciones de cobertura para el seguro de vida opcional para asociados dependen de su clasificación laboral, tal como se indica en el sistema de nóminas de la compañía. Los montos de cobertura que puede elegir se muestran en la siguiente tabla.

ASOCIADOS PAGADOS POR HORA Y CONDUCTORES DE CAMIÓN DE TIEMPO PARCIAL		ASOCIADOS GERENCIALES	
\$25,000	\$100,000	\$25,000	\$200,000
\$50,000	\$150,000	\$50,000	\$300,000
\$75,000	\$200,000	\$75,000	\$500,000
		\$100,000	\$750,000
		\$150,000	\$1,000,000

Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte la sección **Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si usted fallece, sus beneficiarios pueden recibir el pago de una única suma por el monto de cobertura que usted seleccione.

El costo del seguro de vida opcional para asociados se basa en el monto de cobertura que selecciona, su edad y si usted es elegible para las tarifas para personas libres de tabaco. Las primas de la cobertura del seguro de vida opcional para asociados no subsidian la cobertura conforme al seguro de vida pagado por la compañía.

Si usted es un asociado pagado por hora, conductor de camión de tiempo parcial o asociado gerencial, se puede inscribir en el seguro de vida opcional para asociados en cualquier momento una vez que sea elegible. Se debe presentar un comprobante de buena salud al momento de la inscripción, según el monto de la cobertura que elija y cuándo se inscriba.

Puede cambiar o dar de baja la cobertura en cualquier momento. Sin embargo, deberá presentar un comprobante de buena salud si desea aumentar la cobertura o volver a inscribirse por cualquier monto de cobertura después de dar de baja la cobertura.



Consulte el capítulo **Seguro de vida pagado por la compañía** para obtener información sobre otra cobertura de seguro de vida disponible para los asociados de tiempo completo pagados por hora y los asociados gerenciales.

COMPROBANTE DE BUENA SALUD

Debe presentar el comprobante de buena salud para el seguro de vida opcional para asociados en caso de que:

- El monto de cobertura seleccionado supere los \$25,000 durante su período de inscripción inicial.
- Se inscriba después de su período de inscripción inicial por cualquier monto.
- Aumente su cobertura después de su período de inscripción inicial.

El comprobante de buena salud consiste en completar un cuestionario relacionado con su historia clínica y posiblemente hacerse un examen médico. El cuestionario del Comprobante de buena salud se pone a su disposición en el momento de su inscripción.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que su beneficio de seguro de vida se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios que recibirán el beneficio de su seguro de vida opcional para asociados si usted fallece. Para hacerlo, visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto. Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio de seguro de vida opcional para asociados, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en **Si no nombra a un beneficiario** más adelante en este capítulo.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario. Si usted y un beneficiario fallecen en el mismo evento y no se puede determinar quién falleció primero, se tratará al beneficiario como si hubiera fallecido antes que usted.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

CÓMO CAMBIAR SU BENEFICIARIO

Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.one.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.one.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet.

SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Cónyuge o pareja del difunto; si no viven, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a su
5. Herederos.

Cuándo comienza la cobertura del seguro de vida opcional para asociados

Cuando el comprobante de buena salud es obligatorio (como se describe en la página anterior), su cobertura entrará en vigencia el día en que la compañía recibe la aprobación por parte de Prudential o al final del período de espera de elegibilidad, lo que ocurra más tarde.

Si falleciera antes de que Prudential apruebe su cobertura, no se pagará un beneficio de seguro de vida opcional del asociado a sus beneficiarios.

Si no debe presentar un comprobante de buena salud, su cobertura entra en vigencia en la fecha que se inscribe o al final de su período de espera de elegibilidad, lo que ocurra más tarde.

En cualquier caso, para que su cobertura entre en vigencia, usted debe estar trabajando activamente. Se considera que trabaja activamente en uno de sus días laborales programados si está realizando, de la manera habitual, todas las tareas regulares de su trabajo. Consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener más información.

Pago de liquidación anticipado por enfermedad terminal

Si tiene una enfermedad terminal, puede elegir recibir un “beneficio acelerado” en vida de hasta el 50 % del monto de la cobertura que sus beneficiarios hubieran recibido después de su fallecimiento, hasta un máximo de \$250,000. El pago se puede realizar en una única suma o en 12 cuotas mensuales de igual valor. Después de su fallecimiento, sus beneficiarios reciben el monto total de cobertura vigente al momento de su fallecimiento, menos el monto de pagos anticipados que haya recibido antes de su muerte.

Si finaliza su relación laboral en la compañía después de recibir (o comenzar a recibir) el beneficio acelerado, necesitará convertir la póliza para que sus beneficiarios reciban el saldo después de su fallecimiento. Si no convierte su póliza al finalizar la relación laboral, no se pagará ningún beneficio a sus beneficiarios. Consulte la sección [Cómo continuar su seguro de vida opcional para asociados cuando se va de Walmart](#), que aparece más adelante en este capítulo, y conozca más detalles sobre la conversión.

Conforme a la póliza, se considera que tiene una enfermedad terminal si su expectativa de vida es de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o dolencia es terminal.

En algunas circunstancias, no se paga el beneficio acelerado. Llame a Prudential al **877-740-2116** para obtener más información.

Consulte a un profesional fiscal para que evalúe las consecuencias de este beneficio.

Presentación de un reclamo

Se debe proporcionar la siguiente información a Prudential con respecto al asociado fallecido:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha del fallecimiento
- Causa del fallecimiento (si se conoce)

Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. El certificado de defunción debe enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

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

El reclamo no se cerrará hasta que Prudential reciba el certificado de defunción. La aceptación del certificado de defunción no garantiza el pago.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Su beneficiario tiene el derecho de apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener más información, comuníquese con Prudential al **877-740-2116**.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagan beneficios a sus beneficiarios si usted se suicida, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no, durante los primeros dos años de cobertura. Si aumenta su cobertura y se suicida dentro de los dos años de la fecha en que aumentó su cobertura, sus beneficiarios recibirán el monto de cobertura anterior.

Si sus beneficiarios presentan un reclamo dentro de los primeros dos años de la fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de volver a evaluar el cuestionario comprobante de buena salud. Si se descubre que los hechos materiales sobre usted se establecieron de manera incorrecta, se usarán las circunstancias reales para determinar qué monto de cobertura debería haber regido, si correspondiera, y:

- Se puede rechazar el reclamo.
- Se pueden reembolsar las primas pagadas.

Suspensión de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro de vida opcional para asociados a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con un permiso de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

SI SE TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura del seguro de vida opcional para asociados finaliza:

- El momento del cese de su relación laboral.
- Ante la imposibilidad de pagar sus primas.
- En la fecha de su fallecimiento.
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar).
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.
- El día después de que usted da de baja la cobertura.

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

Cómo continuar su seguro de vida opcional para asociados cuando deja Walmart

En la mayoría de los casos, tiene dos opciones para continuar con su seguro de vida opcional para asociados si su cobertura de vida grupal finaliza. La primera opción, denominada **transferibilidad**, le permite continuar total o parcialmente su cobertura actual a través de una póliza grupal temporal con Prudential. La segunda opción, denominada **conversión**, le permite convertir su cobertura total o parcialmente en una póliza individual de Prudential.

Usted debe solicitar la transferibilidad o conversión dentro de los 31 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura. Si fallece dentro de los 31 días desde una pérdida calificadora de cobertura y antes de elegir la transferibilidad o conversión de su cobertura de seguro de vida, Prudential le pagará a su beneficiario un Beneficio de fallecimiento. El beneficio se pagará sobre la base del monto de la cobertura que estaba en vigencia antes de que ocurriera la pérdida calificadora de cobertura, incluso si usted no solicitó la transferibilidad o conversión de su cobertura.

La **transferibilidad** le permite mantener un seguro de vida temporal similar con Prudential luego de que termine su relación laboral, siempre que se reúnan determinadas condiciones. No se exige un comprobante de buena salud para transferir su cobertura. Sin embargo, puede recibir tarifas preferidas similares a las tarifas que pagaba mientras era un asociado activo si presenta el comprobante de buena salud y se lo aprueban. Si usted no presenta el comprobante de buena salud o no se lo aprueban, sus tarifas se basarán en las tarifas de transferibilidad estándar de Prudential.

Puede solicitar una cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- Su cobertura de vida opcional del asociado finaliza por una razón que no sean las siguientes:
 - La falta de pago de las primas mientras es un asociado activo.
 - Abandona la compañía por una discapacidad.
 - Walmart cambia de compañía de seguros para el seguro de vida grupal y usted es elegible o pasa a ser elegible dentro de los 31 días siguientes.

- Reúne el requisito de estar trabajando activamente el día en que finaliza el seguro.
- Tiene menos de 80 años de edad.
- El monto de su seguro es de \$20,000, como mínimo, el día en que finaliza su seguro.

Si reúne estas condiciones, tendrá 31 días a partir de la fecha del cese para comunicarse con Prudential e inscribirse. Prudential le notificará el monto de cobertura de transferibilidad ofrecida. El monto de la cobertura de seguro ofrecido no será mayor que el monto de cobertura elegido conforme al plan (y no más de cinco veces sus ingresos anuales), y no será menor que \$20,000.

La **conversión** es una disposición obligatoria del Plan que le permite convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual si la cobertura finalizara porque deja de trabajar en la compañía o cambia de clase elegible. No debe presentar comprobante de buena salud. Las tarifas se basan en su edad y en el monto convertido. Tiene 31 días a partir de la fecha del cese de la cobertura para solicitar convertir su cobertura en una póliza individual. Si fallece dentro del período de conversión de 31 días, el beneficio de fallecimiento se pagará hasta el monto que se haya podido convertir.

Si es residente de Minnesota, tiene derecho a continuar la cobertura en lugar de convertirla cuando la pierde debido a una reducción de horas o la finalización de la relación laboral (que no sea una falta de conducta grave). Puede elegir continuar la cobertura por su cuenta hasta que obtenga cobertura de otro plan de seguro de vida grupal; sin embargo, el período máximo por el que puede continuar con la cobertura es 18 meses. Si continúa la cobertura, cuando venza el período de continuación, puede convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual, hasta el monto de cobertura vigente en ese momento. Tiene 31 días a partir de la fecha en que la continuación de la cobertura finalizaría para solicitar convertir su cobertura en una póliza individual.

Para solicitar información sobre la transferibilidad o la conversión, llame a Prudential al **877-740-2116**.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si regresa a trabajar o se reinscribe dentro de las 13 semanas, se lo volverá a inscribir automáticamente en la misma cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Puede dar de baja o cambiar la cobertura en cualquier momento.

Si regresa a trabajar transcurridas 13 semanas, se lo considerará recientemente elegible y deberá completar el período de espera de elegibilidad que corresponda. Debe presentar un comprobante de buena salud para los planes de cobertura que superen los \$25,000 (o por cualquier monto si se inscribe después del período de inscripción inicial) Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información.

Si da de baja o reduce la cobertura y vuelve a inscribirse

Si da de baja o reduce su cobertura y vuelve a inscribirse dentro de los 30 días, puede volver a inscribirse en la misma cobertura que tenía vigente antes de darla de baja o reducirla.

Si vuelve a inscribirse trascurridos los 30 días posteriores a dar de baja o reducir su cobertura, deberá presentar un comprobante de buena salud.

Seguro de vida opcional para dependientes

Seguro de vida opcional para dependientes	162
Cuándo comienza la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes	162
Beneficios adicionales	163
Presentación de un reclamo	163
Cuándo no se pagan los beneficios	163
Suspensión de la cobertura	163
Cuándo finaliza la cobertura	164
Continuación de la cobertura para cónyuges/parejas cuando deja Walmart	164
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	165
Si da de baja o reduce la cobertura y vuelve a inscribirse	165

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes puede ayudar a aliviar su situación financiera si pierde a alguien cercano a usted, como su cónyuge, pareja o hijo.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información	Ingrese a One.Walmart.com o a Workday para los asociados de Jet	Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

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

- Si es un asociado pagado por hora o un asociado gerencial, puede inscribir a sus dependientes elegibles en el seguro de vida opcional para dependientes si reúnen los requisitos, de acuerdo con lo establecido en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#). Los asociados de tiempo completo pagados por hora y los asociados gerenciales pueden inscribir a sus cónyuges/parejas o a sus hijos; los asociados de tiempo parcial pagados por hora y los conductores de camión de tiempo parcial pueden inscribir a sus hijos, pero no a sus cónyuges/parejas.
- Deberá presentar un comprobante de buena salud para su cónyuge/pareja si se inscribe para una cobertura superior a \$5,000 durante su período de inscripción inicial o por cualquier monto de cobertura si se inscribe en otro momento. No se necesita comprobante de buena salud para sus hijos.
- La cobertura se ofrece a través de Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es de un seguro de vida a plazo. No tiene valor en efectivo.

Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes le paga un beneficio financiero si es un asociado inscrito y su dependiente fallece mientras la cobertura está vigente. Si es un asociado pagado por hora o un asociado gerencial, se puede inscribir en el seguro de vida opcional para dependientes si reúne los requisitos, de acuerdo con lo establecido en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Todos los asociados de tiempo completo pagados por hora y los asociados gerenciales pueden inscribir a sus cónyuges/parejas o a sus hijos. Todos los asociados de tiempo parcial pagados por hora, los conductores de camión de tiempo parcial y los asociados temporales pueden inscribir a sus hijos, pero no pueden inscribir a su cónyuge/pareja.

Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte las tablas del capítulo **Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral**.

Cuando usted se inscribe en el seguro de vida opcional para dependientes, si su cónyuge/pareja o dependiente legal fallece, usted recibe el pago de una suma única por el monto de cobertura que seleccione. Las opciones de cobertura para el seguro de vida opcional para dependientes son las siguientes:

COBERTURA PARA CÓNYUGE/PAREJA*		COBERTURA PARA HIJOS
\$5,000	\$75,000	\$5,000
\$15,000	\$100,000	\$10,000
\$25,000	\$150,000	\$20,000
\$50,000	\$200,000	

* No está disponible para asociados de tiempo parcial pagados por hora, asociados temporales ni conductores de camión de tiempo parcial.

Según el monto de cobertura que elija y cuándo se inscriba, es posible que su cónyuge/pareja deba presentar un comprobante de buena salud.

Se asignará automáticamente al asociado como beneficiario principal de la cobertura del seguro de vida para dependientes. Si usted y su dependiente o dependientes con cobertura fallecen el mismo día, los beneficios se pagan a los herederos de sus dependientes o, según el criterio de Prudential, a un pariente vivo del dependiente.

El costo del seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja se basa en el monto de cobertura que seleccione, en su edad (la edad del asociado) y en si su cónyuge/pareja es elegible para las tarifas para personas libres de tabaco. El costo de cobertura para sus hijos se basa en el monto de cobertura que seleccione. Las primas de la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes no subsidian la cobertura conforme al seguro de vida pagado por la compañía.

Puede inscribirse en el seguro de vida opcional para dependientes en cualquier momento. Si se inscribe después del período de inscripción inicial, debe presentar un Comprobante de buena salud de su cónyuge/pareja. Además, puede cambiar o dar de baja la cobertura en cualquier momento. Sin embargo, si desea aumentar la cobertura de su cónyuge/pareja o volver a inscribirse después de dar de baja la cobertura, deberá presentar un comprobante de buena salud de su cónyuge/pareja.

COMPROBANTE DE BUENA SALUD

Debe presentar un comprobante de buena salud para la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes de su cónyuge/pareja si:

- El monto de cobertura seleccionado supera los \$5,000 durante su período de inscripción inicial.
- Se inscribe después de su período de inscripción inicial por cualquier monto.
- Aumenta su cobertura después de su período de inscripción inicial.

Sin embargo, dentro de los 60 días posteriores al matrimonio, puede elegir brindarle cobertura a su cónyuge o cambiar el monto de su seguro para su cónyuge. En este caso, aunque esté fuera de su período de inscripción inicial, no se requiere que su cónyuge presente un comprobante de buena salud, a menos que seleccione un monto de cobertura mayor a \$5,000.

El comprobante de buena salud consiste en completar un cuestionario relacionado con la historia clínica de su cónyuge/pareja y, posiblemente, que su cónyuge/pareja se someta a un examen médico. El cuestionario del comprobante de buena salud se pone a su disposición en el momento de la inscripción de su cónyuge/pareja. No se necesita comprobante de buena salud para niños.

Cuándo comienza la cobertura del seguro de vida opcional para dependientes

Cuando el comprobante de buena salud es obligatorio (como se describe anteriormente), la cobertura para su cónyuge/pareja entra en vigencia el día en que la compañía recibe la aprobación por parte de Prudential o al final del período de espera de elegibilidad, lo que ocurra más tarde. No se necesita comprobante de buena salud para niños.

Si su cónyuge/pareja fallece antes de que Prudential apruebe la cobertura, no se le pagará el beneficio del seguro de vida opcional para dependientes.

Si no debe presentar un comprobante de buena salud, la cobertura de su cónyuge/pareja o hijos entra en vigencia en la fecha en que se inscribe o al final de su período de espera de elegibilidad, lo que ocurra más tarde.

Si su cónyuge/pareja o hijo dependiente está internado para recibir tratamiento médico (en su hogar u otro lugar), la cobertura se demora hasta que el cónyuge/pareja o hijo reciba el alta médica (no se aplica a un niño recién nacido).

Para que su cobertura para dependiente entre en vigencia, usted debe estar trabajando activamente. Se considera que trabaja activamente en uno de sus días laborales programados si está realizando, de la manera habitual, todas las tareas regulares de su trabajo. Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información.

Beneficios adicionales

Este tipo de beneficios se paga en las siguientes circunstancias:

- Si un hijo dependiente nace con vida y fallece en el lapso de 60 días desde el nacimiento y era elegible pero no fue inscrito en el seguro de vida opcional para dependientes antes de la pérdida —presentando los certificados de nacimiento y defunción— Prudential pagará un único beneficio de \$5,000.
- Si un hijo dependiente nace sin vida, Prudential pagará un beneficio de \$5,000 a los asociados que hayan cumplido el período de espera de elegibilidad para el seguro de vida para dependientes. Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información. Se define como hijo nacido sin vida al hijo de un asociado elegible, cuyo fallecimiento ocurre antes de la expulsión, extracción o parto, y cuyo peso fetal es 350 gramos o más; o bien, si se desconoce el peso fetal, cuya permanencia en el útero fue de 20 semanas completas de gestación o más. Si tanto la madre como el padre del hijo nacido sin vida trabajan en Walmart, cada asociado es elegible para presentar un reclamo de este beneficio por separado por un total de \$10,000.

Presentación de un reclamo

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre el dependiente fallecido:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha del fallecimiento
- Causa del fallecimiento (si se conoce)

Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. Envíe el certificado de defunción por correo a:

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

El reclamo no se cerrará hasta que Prudential reciba el certificado de defunción. La aceptación del certificado de defunción no garantiza el pago.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener más información, comuníquese con Prudential al **877-740-2116**.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se le pagan beneficios si su cónyuge/pareja se suicida, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no, durante los primeros dos años de cobertura. Si aumenta la cobertura de su cónyuge/pareja y su cónyuge/pareja se suicida dentro de los dos años desde la fecha en que aumentó la cobertura, recibirá el monto de la cobertura anterior.

Si presenta un reclamo por su cónyuge/pareja dentro de los primeros dos años de su fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de volver a evaluar el cuestionario del comprobante de buena salud de su cónyuge/pareja. Si se descubre que los hechos materiales sobre su cónyuge/pareja se establecieron de manera incorrecta, se usarán las circunstancias reales para determinar qué monto de la cobertura debería haber regido, si correspondiera, y:

- Se puede rechazar el reclamo.
- Se pueden reembolsar las primas pagadas.

Suspensión de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro de vida opcional para dependientes a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con un permiso de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte **Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

SI SE TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte **Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura del seguro de vida opcional de dependientes finaliza:

- El momento del cese de su relación laboral.
- Ante la imposibilidad de pagar sus primas.
- En la fecha de su fallecimiento.
- En la fecha en que usted o su cónyuge/pareja o hijo pierde la elegibilidad (consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción**).
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar).
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.
- El día después de que usted da de baja la cobertura.

Asimismo, si posee una cobertura de seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja y pasa a ser asociado de tiempo parcial pagado por hora, asociado temporal o conductor de camión de tiempo parcial, se dará de baja la cobertura para su cónyuge/pareja el último día del período de pago en que cambió su condición laboral.

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

Continuación de la cobertura para cónyuges/parejas cuando deja Walmart

Si es un asociado de tiempo completo o un asociado gerencial y cuenta con seguro de vida opcional para dependientes para su cónyuge/pareja, tiene dos opciones para continuar con la cobertura de su cónyuge/pareja una vez que finalice la cobertura del seguro de vida colectivo. La primera opción, denominada **transferibilidad**, les permite a usted y a su cónyuge o pareja continuar total o parcialmente su cobertura actual a través de una póliza grupal temporal con Prudential. La segunda opción, denominada **conversión**, le permite convertir total o parcialmente la cobertura de su cónyuge/pareja en una póliza individual de Prudential. Estas opciones no están disponibles para los asociados de tiempo parcial pagados por hora, los asociados temporales ni los conductores de camión de tiempo parcial.

Debe solicitar la transferibilidad o la conversión dentro de los 31 días a partir de la fecha en que finaliza la cobertura de su cónyuge/pareja. Si su cónyuge o pareja fallece dentro de los 31 días desde un siniestro calificador de cobertura y antes de elegir la transferibilidad o la conversión de la cobertura del seguro de vida, Prudential le pagará un beneficio por fallecimiento. El beneficio será el monto de la cobertura que su cónyuge o pareja podría haber convertido, incluso si su dependiente no solicitó la transferibilidad o la conversión de la cobertura.

La **transferibilidad** le permite mantener un seguro de vida temporal similar para su cónyuge o pareja con Prudential una vez que finalice su cobertura de asociado o su cónyuge/pareja pierda la elegibilidad porque se divorcia o separa, si se cumplen ciertas condiciones.

No se exige un comprobante de buena salud para transferir la cobertura de su cónyuge/pareja. Sin embargo, usted puede recibir tarifas preferidas para la cobertura de su cónyuge/pareja similares a las tarifas que pagaba mientras era un asociado activo si su cónyuge/pareja presenta el comprobante de buena salud y se lo aprueban. Si no presenta el comprobante de buena salud para su cónyuge/pareja o no se lo aprueban, sus tarifas se basarán en las tarifas de transferibilidad estándar de Prudential.

Puede solicitar una cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- La cobertura de vida opcional para dependientes finaliza debido a que su cobertura de vida opcional para asociados finaliza por algún motivo que no sean los siguientes:
 - la falta de pago de las primas mientras es un asociado activo;
 - el final de su relación laboral a causa de su retiro por discapacidad; o
 - el final de su cobertura de seguro de vida opcional para todos los asociados cuando dicha cobertura sea remplazada por un seguro de vida grupal de cualquier compañía de seguro para la cual usted es elegible o se convierte en elegible dentro de los 31 días siguientes.
- Usted solicita y se aprueba la cobertura de vida a plazo en virtud del plan de transferibilidad.
- Con respecto a un cónyuge o pareja dependiente, que esa persona tenga menos de 80 años.
- El dependiente queda cubierto para la cobertura de vida opcional para dependientes el día en que finaliza su cobertura de vida opcional para asociados.
- El dependiente no está internado para recibir atención o tratamiento médico, en su hogar u otro lugar, en el día en que finaliza su cobertura de vida opcional para asociados.

Su cónyuge o pareja también puede solicitar cobertura de vida a plazo en virtud de la transferibilidad si reúne todas estas condiciones:

- La cobertura de su cónyuge o pareja finaliza debido a que se produce el divorcio o finaliza la relación de pareja.
- Su cónyuge o pareja es menor de 80 años.
- Su cónyuge o pareja no está internado/a para recibir atención o tratamiento médico, en su hogar u otro lugar, el día en que finaliza su cobertura de vida opcional para dependientes.

Si reúne estas condiciones, tendrá 31 días a partir de la fecha del cese para comunicarse con Prudential e inscribirse. Prudential le notificará el monto de cobertura de transferibilidad ofrecida. El monto de la cobertura del seguro que se ofrece no será mayor que el monto de la cobertura del cónyuge/pareja que eligió conforme al plan. Sin embargo, si su cónyuge o pareja presenta un comprobante de buena salud y Prudential lo acepta, puede aumentar el monto de la cobertura de su cónyuge o pareja a \$20,000 (o, si es inferior, según el monto de sus ingresos anuales).

La **conversión** es una disposición obligatoria del Plan que le permite convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual si la cobertura finalizara por cualquier motivo que no sea la falta de pago de las primas o la finalización de la cobertura de los dependientes para todos los asociados. No debe presentar comprobante de buena salud. Las tarifas se basan en la edad del dependiente y en el monto convertido. Tiene 31 días a partir de la fecha del cese de la cobertura para solicitar convertir su cobertura en una póliza individual. Si su dependiente fallece dentro del período de conversión de 31 días, el beneficio de fallecimiento se pagará hasta el monto que se haya podido convertir.

Si es residente de Minnesota, tiene derecho a continuar la cobertura en lugar de convertirla cuando la pierde debido a una reducción de horas o la finalización de la relación laboral (que no sea una falta de conducta grave). Puede elegir continuar la cobertura por su cuenta hasta que obtenga cobertura de otra póliza de seguro de vida grupal; sin embargo, el período máximo por el que puede continuar con la cobertura es 18 meses. Si continúa la cobertura, cuando venza el período de continuación, puede convertir su cobertura de seguro de vida en una póliza individual, hasta el monto de cobertura vigente en ese momento. Tiene 31 días a partir de la fecha en que la continuación de la cobertura finalizaría para solicitar convertir su cobertura en una póliza individual. Además, si pierde la cobertura por cualquier motivo que no sea una reducción de las horas laborales o la finalización de la relación laboral (que no sea por una falta de conducta grave), puede convertir hasta alcanzar el monto de la cobertura que estaba en vigencia conforme al plan.

Para solicitar información sobre la transferibilidad o la conversión, llame a Prudential al **877-740-2116**.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si regresa a trabajar para la compañía en un plazo de 13 semanas, se lo volverá a inscribir automáticamente en la misma cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Puede dar de baja o cambiar la cobertura en cualquier momento.

Si regresa a trabajar transcurridas 13 semanas, se lo considerará recientemente elegible y deberá completar el período de espera de elegibilidad que corresponda. Debe presentar un comprobante de buena salud para su cónyuge/pareja para los planes de cobertura que superen los \$5,000 (o por cualquier monto si se inscribe después del período de inscripción inicial). Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información.

Si da de baja o reduce la cobertura y vuelve a inscribirse

Si da de baja o reduce su cobertura y vuelve a inscribirse dentro de los 30 días, puede volver a inscribirse en la misma cobertura que tenía vigente antes de darla de baja o reducirla.

Si vuelve a inscribirse trascurridos los 30 días posteriores a dar de baja o reducir su cobertura, su cónyuge/pareja deberá presentar un comprobante de buena salud.

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE DE LA COBERTURA Y SE LO VUELVE A INSCRIBIR

Si se da de baja a un hijo dependiente de la cobertura y luego se determina que es elegible para la cobertura dentro de los 30 días, se lo reinscribirá automáticamente en la misma cobertura que eligió para usted mismo.

Si su dependiente recupera la elegibilidad y se lo reinscribe después de 30 días, se lo tratará como un dependiente recientemente elegible. El asociado puede inscribirlo para la cobertura conforme a los períodos y las condiciones que se describen en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Seguro por muerte accidental y desmembramiento (Accidental death and dismemberment, AD&D)

Seguro por muerte accidental o desmembramiento (AD&D)	168
Cómo nombrar a un beneficiario	168
Cuándo comienza la cobertura del seguro por AD&D	169
Monto de cobertura por AD&D	169
Cuándo se pagan los beneficios por AD&D	169
Beneficios por AD&D adicionales	170
Presentación de un reclamo	172
Cuándo no se pagan los beneficios	172
Suspensión de la cobertura	172
Cuándo finaliza la cobertura	172
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	173
Si da de baja o reduce la cobertura y vuelve a inscribirse	173

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Prudential respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

Seguro por muerte accidental y desmembramiento (accidental death and dismemberment, AD&D)

Los beneficios de la cobertura por AD&D pueden ayudar a pagar los costos de atención médica, cuidado de niños y gastos de educación si sufre una lesión grave o fallece en un accidente.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Ingrese a One.Walmart.com o a Workday para los asociados de Jet	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
Obtenga más información		Llame a Prudential al 877-740-2116
Cómo presentar un reclamo		Llame a Prudential al 877-740-2116

Lo que debe saber sobre el seguro por AD&D

- Si es un asociado pagado por hora o un asociado gerencial, se puede inscribir en un seguro por AD&D si reúne los requisitos, de acuerdo con lo establecido en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).
- No se exige presentar un comprobante de buena salud para el seguro por AD&D, independientemente del monto de cobertura que elija.
- Si se produce un siniestro cubierto, el seguro por AD&D paga un beneficio en una suma única según la naturaleza del siniestro y el monto de la cobertura que elija. Se pueden pagar otros beneficios, dependiendo de las circunstancias en las que se produzca el siniestro cubierto.
- La cobertura se ofrece a través de Prudential Insurance Company of America (Prudential).

Seguro por muerte accidental o desmembramiento (AD&D)

El seguro por AD&D paga un beneficio en una suma única para usted o sus beneficiarios si usted o un dependiente con cobertura tienen un siniestro cubierto. El monto de su beneficio depende del tipo de siniestro que sufre, tal como se describe más adelante en este capítulo.

Si es un asociado pagado por hora o un asociado gerencial, se puede inscribir en un seguro por AD&D si reúne los requisitos, de acuerdo con lo establecido en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**. Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte las tablas del capítulo **Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral**.

Debe tomar dos decisiones acerca de la cobertura por AD&D. Debe elegir a quién desea cubrir y el monto de cobertura.

Puede elegir estos tipos de cobertura:

- Únicamente asociado
- Asociado + dependientes

Si es un asociado de tiempo parcial pagado por hora, un asociado temporal o un conductor de camión de tiempo parcial y elige la cobertura para asociado + dependientes, podrá brindarles cobertura a sus hijos dependientes, pero no a su cónyuge/pareja.

El monto de cobertura para sus dependientes será un porcentaje del monto (consulte **Montos de cobertura por AD&D** más adelante en este capítulo). Los montos disponibles para que elija como su monto de cobertura de asociado son:

- \$25,000
- \$50,000
- \$75,000
- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000

Los asociados gerenciales también pueden elegir los siguientes montos adicionales de cobertura:

- \$300,000
- \$500,000
- \$750,000
- \$1,000,000

Puede inscribirse en el seguro por AD&D o realizar cambios en este seguro durante el período de inscripción inicial, el período de Inscripción Anual o si tiene un evento de cambio de estado. Para obtener más información, consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

El costo del seguro por AD&D se basa en el monto de cobertura que seleccione y si elige cobertura únicamente para el asociado o para el asociado y sus dependientes.

Cómo nombrar a un beneficiario

Para garantizar que su beneficio por AD&D se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios. Para hacerlo, visite [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea. Usted (el asociado) recibirá todos los beneficios pagaderos para sus dependientes cubiertos.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio por AD&D, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en **Si no nombra a un beneficiario** más adelante en este capítulo.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet. Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) o [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet.

SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Cónyuge o pareja del difunto; si no viven, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
5. Herederos.

Cuándo comienza la cobertura del seguro por AD&D

Si se inscribe durante el período de Inscripción Anual, su cobertura es efectiva el 1 de enero del próximo año.

Si se inscribe fuera del período de Inscripción Anual, su cobertura es efectiva en la fecha en que se produzca el evento de cambio de estado o al finalizar su período de espera de elegibilidad, lo que suceda más tarde.

Su cobertura por AD&D comenzará a regir independientemente de si se encuentra en actividad o no, siempre y cuando se presente en su primer día de trabajo y se haya inscrito en los beneficios. Consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción** para obtener más información.

Monto de cobertura por AD&D

Cuando se inscribe en el seguro por AD&D, el monto de la cobertura que selecciona es el monto que se aplica a usted, el asociado. Si se inscribe en una cobertura para asociado + dependientes, el monto de la cobertura para ellos será un porcentaje del monto de su cobertura como asociado. El monto de su cobertura para dependientes depende del tipo de dependientes que estén cubiertos. Consulte la tabla **Monto del beneficio completo** a continuación para obtener información sobre el monto de cobertura para sus familiares.

Cuándo se pagan los beneficios por AD&D

Si eligió la cobertura de asociado + dependientes y usted o su dependiente sufre una lesión accidental como la única causa directa de un siniestro cubierto, los beneficios del seguro por AD&D se pagan cuando se hayan presentado las pruebas de la lesión accidental y el siniestro cubierto a Prudential.

Prudential considera un siniestro como el resultado directo de una lesión accidental si esta es provocada por una exposición inevitable a factores climáticos.

“Causa directa y única” significa que el siniestro cubierto ocurre dentro de los 12 meses de la fecha de la lesión accidental como resultado directo de esta, independientemente de otras causas.

SINIESTROS CUBIERTOS QUE SE PAGAN COMO BENEFICIO COMPLETO

Los siguientes siniestros cubiertos que se produzcan por un accidente se pagarán como beneficio completo:

- Pérdida de la vida: se supondrá que ha perdido la vida si no se encuentra su cuerpo dentro de un año de que haya desaparecido, haya quedado varado, se haya hundido o haya naufragado cualquier vehículo en el cual usted era ocupante.
- Pérdida de ambas manos por encima de las muñecas, pérdida de ambos pies por encima de la línea de los tobillos; pérdida total y permanente de la vista en ambos ojos; pérdida del habla y de la audición en ambos oídos que continúa durante al menos los seis meses consecutivos posteriores al accidente.
- Pérdida de una mano y un pie: amputación en las articulaciones de la muñeca y del tobillo, o por encima de estas.
- Pérdida de un brazo o una pierna: amputación en el codo o la rodilla, o por encima de estos.

MONTO DE BENEFICIO COMPLETO				
Monto de cobertura del asociado	Si el único dependiente cubierto es su cónyuge/pareja	Si los dependientes cubiertos son cónyuge/ pareja y los hijos		Si los únicos dependientes son hijos
El asociado: 100 %	Cónyuge/pareja: 50 %	Cónyuge/pareja: 40 %	Hijos: 10 %	Hijos: 25 %
\$25,000	\$12,500	\$10,000	\$2,500	\$6,250
\$50,000	\$25,000	\$20,000	\$5,000	\$12,500
\$75,000	\$37,500	\$30,000	\$7,500	\$18,750
\$100,000	\$50,000	\$40,000	\$10,000	\$25,000
\$150,000	\$75,000	\$60,000	\$15,000	\$37,500
\$200,000	\$100,000	\$80,000	\$20,000	\$50,000
Asociados administrativos únicamente:				
\$300,000	\$150,000	\$120,000	\$30,000	\$75,000
\$500,000	\$250,000	\$200,000	\$50,000	\$125,000
\$750,000	\$375,000	\$300,000	\$75,000	\$187,500
\$1,000,000	\$500,000	\$400,000	\$100,000	\$250,000

- Pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo: amputación en la articulación de la muñeca o del tobillo, o por encima de esta, con pérdida total y permanente de la vista en un ojo.
- Cuadriplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores y superiores.
- Paraplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.

50 % DEL BENEFICIO COMPLETO

Los siguientes siniestros cubiertos que se produzcan por un accidente se pagarán al 50 % del beneficio completo:

- Lesión cerebral: daño cerebral significa daño físico permanente e irreversible en el cerebro, lo cual provoca incapacidad total para llevar a cabo todas las funciones y actividades materiales y sustanciales normales de la vida cotidiana. Dicho daño debe manifestarse dentro de los 30 días de la lesión accidental, requerir hospitalización de más de cinco días consecutivos dentro de los 30 días posteriores al accidente y persistir durante 12 meses consecutivos.
- Pérdida de un pie o una mano: amputación en la muñeca o el tobillo, o por encima de estos.
- Pérdida de la vista en un ojo: pérdida total y permanente de la vista de un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: Pérdida total y permanente del habla o de la audición (es decir, que persiste, como mínimo, seis meses consecutivos luego del accidente).

25 % DEL BENEFICIO COMPLETO

Los siguientes siniestros cubiertos que se produzcan por un accidente se pagarán al 25 % del beneficio completo:

- Pérdida de la audición en un oído: Pérdida total y permanente de la audición (es decir, que persiste, como mínimo, seis meses consecutivos luego del accidente).
- Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano: amputación en el punto donde se unen con la mano, o por encima de este.
- Monoplejía: parálisis total de una extremidad.

“Parálisis” significa perder el uso, sin amputación, de una extremidad. Un médico debe determinar que la pérdida es completa e irreversible. “Amputación” significa la separación completa y el desmembramiento de una extremidad del cuerpo.

BENEFICIO POR COMA

Si usted o un dependiente con cobertura están en coma o entran en coma dentro de los 365 días como resultado de un accidente, se pagará un beneficio por coma igual al 1 % del monto del beneficio completo durante 11 meses consecutivos a usted, a su cónyuge/pareja, a sus hijos o a un tutor legal. El beneficio se pagará después de 31 días consecutivos de haber entrado en coma. Si usted o un dependiente con cobertura permanecen en coma más de 11 meses, se le pagará a usted o a su beneficiario designado la suma completa de la cobertura, menos cualquier beneficio por AD&D que ya se haya pagado.

“Coma” significa un estado profundo de inconsciencia del cual el individuo no puede despertar, incluso mediante estimulación potente, según lo determina el médico del individuo. Dicho estado debe comenzar dentro de los 365 días de la lesión accidental y debe continuar por 31 días consecutivos, además debe ser total, continuo y permanente una vez que finalice el período de 31 días.

El monto máximo que pagará el seguro por AD&D por todos los siniestros cubiertos de un individuo como resultado de un accidente cubierto es el monto del beneficio completo.

Beneficios por AD&D adicionales

Es posible que el Plan pague beneficios adicionales:

- Beneficio por el uso del cinturón de seguridad: Si usted o sus dependientes cubiertos pierden la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre usando cinturón de seguridad, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio para motociclista seguro: Si usted y/o el dependiente cubierto pierden la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre usando casco, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de educación para su cónyuge/pareja (solo para asociados de tiempo completo pagados por hora y asociados gerenciales): si usted (el asociado) pierde la vida, es posible que se pague un beneficio de educación a su cónyuge/pareja.
- Beneficio de educación para los hijos y por el cuidado de niños: si usted (el asociado) o su cónyuge/pareja con cobertura pierden la vida, es posible que se pague un beneficio por el cuidado de niños o un beneficio de educación para los hijos.
- Beneficio para reforma del hogar y modificación del vehículo: si usted o sus dependientes cubiertos sufren un siniestro cubierto que requiere una reforma del hogar o modificación del vehículo, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de prima médica mensual de COBRA: si usted (el asociado) sufre una lesión física accidental cubierta que produce su muerte o el cese de la relación laboral después de un permiso de ausencia, es posible que se pague un beneficio adicional para ayudar a la continuación de sus beneficios médicos del Plan Médico para Asociados.
- Beneficio de rehabilitación mensual: si usted o sus dependientes cubiertos sufren una lesión física accidental cubierta que requiere rehabilitación médicamente necesaria, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio común por accidente: si usted (el asociado) o su cónyuge/pareja con cobertura pierden la vida a causa del mismo accidente o a causa de accidentes que sucedan en un plazo de 48 horas de diferencia, se puede pagar un beneficio común por accidente.

Todos los beneficios adicionales del seguro por AD&D están sujetos a los criterios de elegibilidad establecidos por Prudential. Si alguno de estos beneficios se podría aplicar en su caso, comuníquese con Prudential para obtener información.

BENEFICIOS ADICIONALES		
Beneficio	Monto del beneficio	Limitaciones
Beneficio por el uso del cinturón de seguridad	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona llevaba puesto el cinturón de seguridad al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
Beneficio para motociclista seguro	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona estaba usando el equipo de seguridad necesario al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
Beneficio de educación para cónyuge/pareja	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • la matrícula real que se cobra por el programa; • el 10 % del monto del seguro (del asociado); y • \$25,000 	Se paga hasta por 4 años. <i>Solo para asociados de tiempo completo pagados por hora y asociados gerenciales.</i>
Beneficio de educación para los hijos	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • la matrícula anual real, sin incluir el alojamiento y la comida que cobra la escuela; • el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y • \$25,000 	Se paga todos los años por hasta 4 años consecutivos, pero no después que el hijo cumpla los 26 años.
Beneficio por el cuidado de niños	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • el costo real que cobra un centro de cuidado infantil por año; • el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y • \$12,500 	Se paga todos los años por hasta 5 años consecutivos, pero no después que el hijo cumpla los 13 años.
Beneficio para reforma del hogar y modificación del vehículo	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • el costo real que se cobra por la reforma o modificación; • el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y • \$10,000 	Se paga un monto que no supere los \$10,000.
Beneficio de primas de COBRA para el asociado	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • el monto de la prima del seguro médico; • el 5 % del monto del seguro (del asociado); y • \$500 	Se paga todos los meses hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Finaliza la continuación de la inscripción en el AMP. • Obtiene cobertura de cualquier otro plan de seguro médico grupal. • El beneficio se pagó por 36 meses consecutivos.
Beneficio de primas de COBRA para el dependiente	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • el monto real de la prima del seguro médico; y • \$10,000 	Se paga todos los años hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Finaliza la continuación de la inscripción de sus dependientes en el AMP. • El dependiente obtiene cobertura de cualquier otro plan de seguro médico grupal. • El beneficio se pagó por 3 años consecutivos. <i>El beneficio de primas para cónyuge/pareja solo está disponible para asociados de tiempo completo pagados por hora y asociados gerenciales.</i>
Beneficio de rehabilitación mensual	Un monto equivalente al menor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • el 10 % del monto del seguro de la persona que tiene el siniestro; y • \$250 	Se paga todos los meses hasta que suceda la primera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Un médico determina que la persona ya no necesita rehabilitación. • La persona no presenta ninguna de las pruebas necesarias para continuar recibiendo rehabilitación. • La persona no se somete a ningún examen médico obligatorio. • El beneficio se pagó por 36 meses consecutivos.
Beneficio común por accidente	Un monto equivalente a la diferencia entre: <ul style="list-style-type: none"> • el monto del seguro que se paga conforme a la cobertura por pérdida de la vida; y • el monto del seguro que se paga conforme a la cobertura por la pérdida de la vida de su cónyuge/pareja de hecho 	

Presentación de un reclamo

La siguiente información se debe proporcionar a Prudential con respecto al reclamante:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Fecha de la lesión o el fallecimiento
- Causa de la lesión o el fallecimiento (si se conoce)

Prudential le enviará un paquete de reclamo a la dirección que figura en su legajo. La información que se exige debe completarse y enviarse con los formularios de reclamo y un original o una copia certificada del certificado de defunción, si corresponde, a:

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

Los beneficios se pagan en una suma única. Si usted o un dependiente cubierto sufren más de una pérdida cubierta debido a una lesión accidental, el monto abonado, a nombre de cualquiera de las personas lesionadas, no excederá el monto total del beneficio.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Usted o su beneficiario tienen derecho a apelar un reclamo rechazado.

Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios de la cobertura por AD&D no se pagan por ningún siniestro que ocurra antes de su inscripción en el plan ni por ningún siniestro causado o relacionado con los siguientes motivos:

- Suicidio o intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de causarse tales lesiones;
- Enfermedad, ya sea que la pérdida resulte directa o indirectamente de la enfermedad;
- Tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, ya sea que el siniestro sea ocasionado directa o indirectamente por el tratamiento;
- Infección bacteriana o viral, pero no se incluye lo siguiente:
 - Infección piógena ocasionada por un corte o una herida accidentales; o
 - Infección bacteriana ocasionada por la ingestión accidental de una sustancia contaminada.
- Participación en una insurrección;
- Guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra;
- Un accidente que ocurre mientras la persona presta servicio activo de tiempo completo durante más de 30 días en cualquiera de las fuerzas armadas (no incluye servicio activo para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional);

- Viajar o volar en un vehículo usado para la navegación aérea si viaja como pasajero en un avión que no esté destinado o no tenga licencia para el transporte de pasajeros (incluye entrar y subir a dichos vehículos, y salir y bajar de ellos);
- Cometer o intentar cometer una agresión o un delito;
- Operar un vehículo terrestre, acuático o aéreo en estado de ebriedad;
- Estar bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, según se establece en el Título II de la Ley de Control y Prevención Integral del Abuso de Drogas de 1970 y todas sus modificaciones, a menos que dicha sustancia haya sido recetada y administrada de acuerdo con las instrucciones del médico del asegurado.

Suspensión de la cobertura

Puede haber ocasiones en las que deba tomar medidas especiales para pagar sus primas de seguro por AD&D a fin de evitar la suspensión de la cobertura. Estas situaciones se producen con más frecuencia si se encuentra con un permiso de ausencia o si su cheque de pago de Walmart no es suficiente para pagar toda la parte que le corresponde del costo de cobertura (por ejemplo, después de una reducción de horas). Según sus circunstancias, el incumplimiento del pago de las primas antes de la fecha de vencimiento puede interrumpir el pago de cualquier reclamo de beneficio o suspender la cobertura.

Para obtener información sobre las consecuencias de la suspensión de la cobertura y cómo hacer pagos personales para mantener la cobertura, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

SI SE TOMA UN PERMISO DE AUSENCIA

Puede continuar su cobertura hasta el último día de un permiso de ausencia aprobado, solo si paga sus primas antes de que comience el permiso de ausencia o durante este. Para obtener información sobre cómo efectuar pagos mientras tiene un permiso de ausencia, consulte [Cuándo se necesitan medidas especiales para mantener la cobertura](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura por AD&D finaliza:

- El momento del cese de su relación laboral.
- Ante la imposibilidad de pagar sus primas.
- En la fecha de su fallecimiento.
- En la fecha en que usted o su cónyuge/pareja, o hijo dependiente pierdan la elegibilidad;
- El último día de una licencia aprobada (a menos que vuelva a trabajar).
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio. La cobertura por AD&D no se puede cambiar por una cobertura individual después de la finalización de la cobertura.

Asimismo, si elige una cobertura de asociado + dependientes y pasa a ser un asociado de tiempo parcial pagado por hora, asociado temporal o conductor de camión de tiempo parcial, se dará de baja la cobertura para su cónyuge/pareja el último día del período de pago en que cambió su estado laboral.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si regresa a trabajar o se reinscribe dentro de las 13 semanas, se lo volverá a inscribir automáticamente en la misma cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si la interrupción es superior a 30 días, pero no supera las 13 semanas, tendrá 60 días luego de reanudar su empleo para cancelar o de lo contrario cambiar la cobertura en la que se lo reinscribió automáticamente.

Si regresa a trabajar transcurridas 13 semanas, se lo considerará recientemente elegible y deberá completar el período de espera de elegibilidad que corresponda.

Consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener más información.

Si da de baja o reduce la cobertura y vuelve a inscribirse

Si da de baja o reduce su cobertura y vuelve a inscribirse dentro de los 30 días, puede volver a inscribirse en la misma cobertura que tenía vigente antes de darla de baja o reducirla.

Si se vuelve a inscribir transcurridos más de 30 días después de haber dado de baja o reducido la cobertura, puede inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones que se describen en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

SI SE DA DE BAJA A UN DEPENDIENTE DE LA COBERTURA Y SE LO VUELVE A INSCRIBIR

Si se da de baja a un hijo dependiente de la cobertura y luego se determina que es elegible para la cobertura dentro de los 30 días, se lo reinscribirá automáticamente en la misma cobertura que eligió para usted mismo.

Si su dependiente recupera la elegibilidad y se lo reinscribe después de 30 días, se lo tratará como un dependiente recientemente elegible. El asociado puede inscribirlo para la cobertura conforme a los períodos y las condiciones que se describen en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Seguro de viajero durante viajes de negocios	176
Cómo nombrar a un beneficiario	176
Presentación de un reclamo	177
Cuándo se pagan los beneficios	177
Beneficios adicionales	178
Cuándo no se pagan los beneficios	178
Cuándo finaliza la cobertura	179
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	179
Seguro médico durante viajes de negocios internacionales	179

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y las pólizas emitidas por los aseguradores correspondientes conforme a este capítulo respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de las pólizas. Puede obtener una copia de estas pólizas si se comunica con el Plan.

Seguro contra accidentes durante viajes de negocios

Si se encuentra en un viaje de negocios autorizado, este seguro les brinda protección financiera a usted y a sus seres queridos si tiene un accidente que le provoca ciertos tipos de lesiones o la muerte.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Cambie su designación de beneficiario	Ingrese a One.Walmart.com o a Workday para los asociados de Jet	Los cambios de beneficiario no se pueden realizar por teléfono
Obtenga más información		Llame a Prudential al 877-740-2116
Presente un reclamo del seguro de viajero durante viajes de negocios		Llame a Prudential al 877-740-2116
Obtenga más información sobre el seguro médico para accidentes durante viajes de negocios internacionales a través de GeoBlue	Visite geo-blue.com	Llame a GeoBlue al 888-412-6403 Fuera de los EE. UU., llame al 610-254-5830

Lo que debe saber sobre el seguro de viajero durante viajes de negocios

- Walmart ofrece a todos los asociados un seguro de viajero durante viajes de negocios. No implica costo alguno y no es necesario inscribirse.
- El seguro de viajero durante viajes de negocios paga un beneficio de suma única si pierde la vida, una extremidad, la vista, el habla o la audición, o queda paralítico debido a un accidente que tiene lugar mientras realiza un viaje de negocios autorizado por la compañía.
- El monto de su cobertura por accidentes durante un viaje es tres veces sus ingresos anuales básicos hasta cubrir \$1 millón como máximo.
- Este seguro pagado por la compañía se proporciona a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- El seguro médico de accidente durante viajes de negocios internacionales está disponible para viajeros de negocios a través de GeoBlue.

Seguro de viajero durante viajes de negocios

Para brindarle protección mientras se encuentra en un viaje de negocios, Walmart les proporciona a todos los asociados un seguro de viajero durante viajes de negocios. No implica costo alguno y no es necesario inscribirse. La cobertura entra en vigencia el primer día de trabajo activo, tal como se describe en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si sufre una lesión cubierta, la cual deriva en pérdida o muerte mientras está en un viaje de negocios autorizado por la compañía, se paga un beneficio de suma única a usted o sus beneficiarios de hasta tres veces sus ingresos anuales básicos, con un máximo de \$1 millón y un mínimo de \$200,000 (a menos que se especifique lo contrario).

Los ingresos anuales básicos se definen del siguiente modo:

- **Para asociados por hora:** pago por hora anualizado según se muestra en el sistema de nómina de Walmart desde la fecha de fallecimiento o pérdida.
- **Para asociados administrativos y directivos:** Salario básico según se muestra en el sistema de nómina de Walmart desde la fecha de fallecimiento o pérdida.
- **Para conductores de camión:** pago diario promedio anualizado desde la fecha de fallecimiento o pérdida según lo determine el Departamento de Finanzas Logísticas.

Tenga en cuenta que cualquier bono que reciba no se incluye en los ingresos anuales básicos.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que su beneficio del seguro de viajero durante viajes de negocios se pague como usted desea, debe nombrar a los beneficiarios. Para hacerlo, visite **One.Walmart.com** o **Workday** para los asociados de Jet. Tenga en cuenta que solo se aceptan las designaciones de beneficiarios realizadas en línea. Usted (el asociado) recibirá todos los beneficios que se pagan por las lesiones enumeradas en **Cuándo se pagan los beneficios del seguro de viajero durante viajes de negocios** más adelante en este capítulo.

Puede nombrar a cualquier persona que desee. Si los beneficiarios que indica en la lista de Walmart son distintos de los que nombra en su testamento, prevalecerá la lista de Walmart. Si no ha designado beneficiarios conforme al beneficio de seguro de viajero durante viajes de negocios, el pago se realizará a los miembros sobrevivientes de su familia, tal como se describe en **Si no nombra a un beneficiario** más adelante en este capítulo.

Se necesita la siguiente información por cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación con usted
- Número de seguridad social
- Fecha de nacimiento
- Porcentaje que desea designar a cada beneficiario, hasta el 100 %

Si se designa a dos o más beneficiarios y sus cuotas no están especificadas, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario designado falleciera antes que usted, el derecho de tal beneficiario cesará, y se distribuirá en partes iguales entre los restantes beneficiarios, a menos que su formulario de beneficiarios indique lo contrario. Si usted y un beneficiario fallecen en el mismo evento y no se puede determinar quién falleció primero, se tratará al beneficiario como si hubiera fallecido antes que usted.

Puede nombrar a un menor de edad como beneficiario; sin embargo, es posible que Prudential no tenga autorización legal para pagarle al menor hasta que sea mayor de edad. Es recomendable que consulte a un abogado o a un asesor testamentario antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario. Si nombra a un menor de edad como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerarios de los beneficios del menor.

CÓMO CAMBIAR DE BENEFICIARIO

Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en **One.Walmart.com** o **Workday** para los asociados de Jet. Cualquier cambio de beneficiario se debe completar y enviar a Walmart antes de su fallecimiento y solo puede ser enviado por usted, el asociado cubierto.

SI NO NOMBRA A UN BENEFICIARIO

Si no se nombra un beneficiario o si los beneficiarios no están vivos cuando usted fallece, el pago se realizará a sus familiares vivos en el siguiente orden:

1. Cónyuge o pareja del difunto; si no viven, a sus
2. Hijos en partes iguales; si no viven, a sus
3. Padres en partes iguales; si no viven, a sus
4. Hermanos en partes iguales; si no viven, a sus
5. Herederos.



Mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Los beneficios se destinarán a cualquier persona que se encuentre en la lista de su formulario de beneficiarios de Walmart, independientemente de su relación actual con esa persona, a menos que la ley estatal exija lo contrario. Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento en **One.Walmart.com** o **Workday** para los asociados de Jet.

Presentación de un reclamo

Dentro de los 12 meses posteriores a la lesión o la muerte del asociado con cobertura, o dentro de los 90 días posteriores al vencimiento de cualquier pago periódico (como los pagos periódicos por coma), se debe proporcionar la siguiente información con respecto al asociado:

- Nombre
- Número de seguridad social
- Suceso, tipo y extensión de la lesión
- Fecha de la lesión o el fallecimiento
- Causa de la lesión o el fallecimiento (si se conoce)

Debe presentar el original o una copia certificada del certificado de defunción como prueba del fallecimiento. El certificado de defunción debe enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

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

El reclamo no se cerrará hasta que Prudential reciba el certificado de defunción, si corresponde. La aceptación del certificado de defunción no garantiza el pago.

Los beneficios se pueden pagar en una única suma o, mediante solicitud por escrito, en cuotas mensuales. Sólo se pagará un beneficio, el más alto, si usted sufre más de una pérdida como resultado de un único accidente.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Sus beneficiarios tienen derecho a apelar un reclamo rechazado.

Los beneficios se pagan de acuerdo con los términos de la póliza del seguro. Para obtener información, llame a Prudential al **877-740-2116**.

Cuándo se pagan los beneficios

Los beneficios se pagan si sufre una lesión accidental durante un viaje de negocios autorizado por la compañía o como resultado de una agresión delictiva mientras trabaja; sus lesiones son la causa directa y única de un siniestro cubierto; y usted presenta una prueba del siniestro accidental y cubierto a Prudential.

Un viaje de negocios incluye viajar con una empresa de transportes común o cualquier medio de transporte que le pertenezca y opere la compañía. Una lesión accidental incluye una exposición a factores climáticos. “Causa directa y única” significa que el siniestro cubierto ocurre dentro de los 12 meses de la fecha de la lesión accidental como resultado directo de esta, independientemente de otras causas.

MONTO DEL BENEFICIO

UNA LESIÓN CUBIERTA SE PRODUCE:	MONTO DEL BENEFICIO
Durante un viaje de negocios autorizado por la compañía	Tres veces sus ingresos anuales básicos hasta cubrir \$1,000,000 como máximo Beneficio mínimo: \$200,000
Como resultado de una agresión delictiva mientras trabaja	Hasta \$10,000

SINIESTROS CUBIERTOS QUE SE PAGAN COMO BENEFICIO COMPLETO

- Cuadruplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores y superiores.
- Paraplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.
- Pérdida de ambas manos, pies o de la vista de ambos ojos: amputación por la articulación de las muñecas o de los tobillos, o sobre estas, o pérdida total e irre recuperable de la vista.
- Pérdida de una mano y un pie: amputación por la articulación de la muñeca o del tobillo, o sobre esta.
- Pérdida del habla y de la audición de ambos oídos: pérdida total del habla o de la audición que persista, como mínimo, durante seis meses consecutivos luego del accidente.
- Pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo: amputación por la articulación de la muñeca o del tobillo, o sobre esta, con pérdida total e irre recuperable de la vista en un ojo.

50 % DEL BENEFICIO COMPLETO

- Pérdida de un pie o una mano: amputación permanente en la muñeca o encima de esta, pero debajo del codo, o amputación permanente en el tobillo o encima de este, pero debajo de la rodilla.
- Lesión cerebral: daño cerebral significa daño físico permanente e irreversible en el cerebro, lo cual provoca incapacidad total para llevar a cabo todas las funciones y actividades materiales y sustanciales de la vida cotidiana. Dicho daño se debe manifestar dentro de los 30 días de la lesión accidental, requerir hospitalización de al menos cinco días y persistir por 12 meses consecutivos.
- Pérdida de la vista en un ojo: pérdida total y permanente de la vista de un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: pérdida total del habla o de la audición que persista, como mínimo, durante seis meses consecutivos luego del accidente.

25 % DEL BENEFICIO COMPLETO

- Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano: amputación de cada uno por la articulación más cercana a la muñeca o sobre esta.
- Monoplejía: parálisis total de una extremidad.

“Parálisis” significa perder el uso, sin amputación, de una extremidad. Un médico debe determinar que la pérdida es completa e irreversible. (Amputación significa separación completa y desmembramiento de una extremidad del cuerpo).

BENEFICIO POR COMA

Si está en coma o entra en coma dentro de los 365 días como resultado de un accidente cubierto, se pagará un beneficio por coma mensual equivalente al 2 % del monto del beneficio completo o \$100 durante 50 meses como máximo. El beneficio se pagará después de 31 días consecutivos de haber entrado en coma.

“Coma” significa un estado profundo de inconsciencia del cual el individuo no puede despertar, incluso mediante estimulación potente, según lo determina el médico del individuo. Dicho estado debe comenzar dentro de los 365 días de la lesión accidental y debe continuar por 31 días consecutivos, además debe ser total, continuo y permanente una vez que finalice el periodo de 31 días.

El monto máximo que el seguro de viajero durante viajes de negocios le pagará por todos los siniestros cubiertos que resulten de un accidente cubierto es el monto del beneficio completo. Si más de un asociado sufre un siniestro como resultado del mismo accidente, el monto máximo que pagará la póliza de seguro contra accidentes de viajes de negocios por todos los siniestros es de \$10 millones por accidente y, si es necesario, los beneficios se pagarán prorrateados entre los asociados afectados que sufran un siniestro durante el accidente. El pago total máximo aumenta a \$20 millones si el accidente cubierto se produce mientras viaja hacia o desde Walmart, o mientras asiste a la Reunión Anual de Accionistas de Walmart, a la reunión anual para las fiestas o a la reunión anual de inicio de año.

Beneficios adicionales

El seguro de viajero durante viajes de negocios brinda estos beneficios adicionales:

- Beneficio por el uso del cinturón de seguridad: si pierde la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usaba el cinturón de seguridad, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$10,000.
- Beneficio por el uso de la bolsa de aire: si pierde la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usaba el cinturón de seguridad y se despliega una bolsa de aire que funciona correctamente en el asiento que estaba ocupando, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$10,000.
- Beneficio para gastos funerarios: si pierde la vida dentro de 365 días como resultado de un accidente cubierto, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$5,000.

- Beneficio por evacuación médica: si, como resultado de un accidente cubierto, es necesario realizar una evacuación médica y se encuentra al menos a 100 millas de su hogar, se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$15,000.
- Traslado y acompañamiento de familiares: si su cónyuge/ pareja o hijo dependiente sufre un siniestro cubierto mientras se encuentra en un viaje de negocios con usted (o mientras viaja para encontrarse con usted), se puede pagar un beneficio adicional de hasta \$100,000 por los siniestros que sufra su cónyuge/pareja y de \$10,000 por los siniestros que sufra cada hijo dependiente.

Todos estos beneficios adicionales están sujetos a los criterios de elegibilidad adicionales establecidos por Prudential. Comuníquese con Prudential si le podría corresponder alguno de estos beneficios para solicitar más información.

Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios del seguro de viajero durante viajes de negocios no se pagarán por ningún siniestro que resulte de las siguientes circunstancias:

- Suicidio o intento de suicidio, ya sea que se encuentre en su sano juicio o no;
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de causarse tales lesiones;
- Enfermedad, ya sea que la pérdida resulte directa o indirectamente de la enfermedad;
- Tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, ya sea que el siniestro sea ocasionado directa o indirectamente por el tratamiento;
- Cualquier infección bacteriana o viral, excepto una infección piógena que resulte de un corte o herida o una infección bacteriana producida por la ingestión accidental de una sustancia contaminada;
- Guerra o actos de guerra (declarada o no declarada), incluso resistencia a agresión armada o un accidente mientras está en servicio activo en las fuerzas armadas durante más de 30 días (esto no incluye el servicio activo para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional);
- Viajar en una aeronave sin licencia;
- Volar como miembro de la tripulación de una aeronave, excepto si la compañía es la propietaria y la opera;
- Cometer o intentar cometer una agresión o un delito;
- Operar un vehículo terrestre, acuático o aéreo en estado de ebriedad;
- Estar bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, según se establece en el Título II de la Ley de Control y Prevención Integral del Abuso de Drogas de 1970 y todas sus modificaciones, a menos que dicha sustancia haya sido recetada y administrada de acuerdo con las instrucciones del médico del asegurado.

Cuándo finaliza la cobertura

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

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Se restablecerá su cobertura del seguro de viajero durante viajes de negocios (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Seguro médico durante viajes de negocios internacionales

El seguro médico durante viajes de negocios internacionales está disponible a través de una póliza con GeoBlue para los asociados que viajan al exterior para hacer negocios.

GeoBlue proporciona servicios de asistencia durante viajes a usted y a sus dependientes elegibles si necesita un tratamiento médico de emergencia mientras está de viaje por negocios autorizados por la compañía. Walmart paga esta cobertura en su totalidad; es sin cargo y no es necesario que se inscriba. La cobertura es válida para un viaje que dura hasta 180 días. La cobertura no está disponible para viajes personales, incluso si su viaje personal coincide con un viaje de negocios.

No es elegible para realizar contribuciones a una cuenta de ahorro de salud durante ningún mes en los que está viajando fuera de los EE. UU. por negocios de Walmart y están cubiertas conforme a la póliza de GeoBlue. Si tiene cobertura del Plan Saver, se le recomienda consultar con su asesor fiscal si tiene preguntas sobre el monto para reducir las contribuciones a la HSA en función de sus circunstancias individuales.

SERVICIOS DE GEOBLUE

El seguro médico durante viajes de negocios a través de GeoBlue proporciona cobertura para tratamientos médicos de emergencia, incluida la cobertura para la internación, las consultas médicas y los medicamentos con receta médica (excepto los medicamentos de venta libre).

GeoBlue tiene una red de profesionales de la salud y centros médicos en más de 180 países, y también puede programar citas en su nombre y acordar la facturación directa. Se recomienda que los asociados se comuniquen con el Servicio de Atención al Cliente al **888-412-6403** antes de someterse a un tratamiento médico a fin de asegurarse de que el tratamiento esté cubierto.

GeoBlue proporciona los siguientes servicios:

- Reembolso por los gastos médicos elegibles
- Asistencia para localizar un médico y un centro de salud, y para programar citas médicas
- Facturación directa y garantías de pago

- Coordinar una evaluación médica de emergencia en el centro médico adecuado más cercano para el asociado y un miembro de su familia como acompañante
- Repatriación de restos

Si incurre en gastos médicos elegibles, envíelos a GeoBlue para obtener un reembolso. No se deberían cobrar en la tarjeta de crédito corporativa ni enviar para obtener un reembolso a través del sistema de traslado y gastos.

Antes de viajar por negocios, se recomienda que los asociados se registren en geo-blue.com con el código de acceso grupal **QH9999WALM**. Al registrarse, puede acceder a los servicios y beneficios, entre los que se incluyen los siguientes:

- Opción de imprimir su tarjeta de identificación del seguro, en caso de que la pierda
- Localizador de médicos y centros de salud
- Controlador de síntomas
- Traducir términos médicos y medicamentos
- Información sobre los riesgos de salud y seguridad

Descargar la aplicación de GeoBlue: Una vez que se registre, descargue la aplicación de GeoBlue e inicie sesión con la dirección de correo electrónico y la contraseña que creó cuando se registró en el sitio web. La aplicación le permite acceder fácilmente a su tarjeta de identificación y a las herramientas de autoservicio de GeoBlue, incluida la función de localización del centro médico o proveedor aprobado más cercano, programar citas, etc.

Tarjetas de identificación para miembros de GeoBlue: Las tarjetas tienen el logotipo de Blue Cross Blue Shield y están disponibles en el Departamento de Viajes. Las tarjetas adicionales o de reemplazo se pueden descargar a través de geo-blue.com.

Reclamo Por lo general, los formularios para reclamos no se requieren para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede comunicarse con GeoBlue o presentar un reclamo. Para enviar un reclamo por correo electrónico o por fax, descargue un formulario de reclamo y consulte las instrucciones detalladas en el Centro para Miembros en geo-blue.com. Envíe su reclamo por correo electrónico a claims@geo-blue.com o por fax al **610-482-9623**.

También puede enviar reclamos por correo postal. Descargue un formulario de reclamo del Centro para Miembros en geo-blue.com y envíe el formulario completo a:

**GeoBlue
Claims Department
P.O. Box 1748
Southeastern, Pennsylvania 19399-1748**

Los reclamos y las apelaciones se determinan conforme a los plazos y los requisitos establecidos en la póliza de GeoBlue. Comuníquese con GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**. Fuera de los EE. UU., llame por cobrar al: **610-254-5830**.

Plan de discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora

Plan de discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora	182
Cómo se administra el plan de discapacidad de corto plazo	182
Su beneficio por discapacidad de corto plazo	183
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios	183
Presentación de un reclamo	184
Cuándo no se pagan los beneficios	184
Cuándo comienzan los beneficios	185
Cómo calcular su beneficio	185
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad de corto plazo	187
Regresar a trabajar	187
Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal	188
Cuándo finaliza la cobertura	188
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	188
Si pierde y luego recupera la elegibilidad	188

Plan de discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora

Si no trabaja por un período prolongado debido a que está embarazada, se sometió a una cirugía programada, tiene una enfermedad o sufrió una lesión inesperada, este plan para asociados de tiempo completo pagados por hora puede cubrir una parte de su cheque de pago. Cuando no puede trabajar, el plan de discapacidad de corto plazo de Walmart trabaja por usted.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Solicitar un permiso de ausencia	Ingrese a One.Walmart.com	Llame a Sedgwick al 800-492-5678
Presentar un reclamo u obtener más información (todos los estados excepto California y Rhode Island)	Ingrese a One.Walmart.com	Llame a Sedgwick/Lincoln al 800-492-5678
Si trabaja en California	Ingrese a edd.ca.gov	Llame al Estado de California al 800-480-3287
Si trabaja en Rhode Island	Ingrese a dlt.ri.gov/tdi	Llame a la compañía de seguros de discapacidad estatal al 401-462-8420
Si trabaja en Washington (presentar un reclamo de beneficios estatales)	Ingrese a paidleave.wa.gov	Llame al Estado de Washington al 833-717-2273

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

- Walmart ofrece el plan básico por discapacidad de corto plazo a todos los asociados de tiempo completo pagados por hora elegibles sin costo alguno. Los asociados elegibles se inscriben en el plan de manera automática después de un período de espera de 12 meses. Durante el período de inscripción inicial, también se puede inscribir en el plan mejorado de discapacidad de corto plazo. Para obtener información sobre el período de inscripción, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).
- Si es un asociado de tiempo completo pagado por hora y trabaja en California, Hawái, Nueva Jersey o Rhode Island, que cuentan con planes exigidos por ley, entonces no reúne los requisitos para la cobertura de discapacidad de corto plazo de Walmart.
- Además de los estados mencionados anteriormente, algunos otros estados y gobiernos locales (actualmente, Nueva York y Washington) también cuentan con planes exigidos por ley, pero Walmart extiende sus opciones de cobertura de discapacidad de corto plazo a los asociados de tiempo completo pagados por hora en estos otros estados y localidades para complementar sus beneficios por discapacidad del gobierno estatal y local.
- El plan básico de discapacidad de corto plazo de Walmart reemplaza el 50 % de sus ingresos si es un asociado elegible, hasta \$200 por semana como máximo. El plan mejorado de discapacidad de corto plazo reemplaza el 60 % de sus ingresos, sin tope máximo por semana (el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York ofrece \$6,000 por semana como máximo).
- Si reúne los requisitos para participar y se inscribe en el plan mejorado de discapacidad de corto plazo durante el período de inscripción inicial, su cobertura comenzará en la fecha efectiva, tal como se establece en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#). Si se inscribe en el plan mejorado de discapacidad de corto plazo en cualquier otro momento fuera del período de inscripción inicial, su cobertura de dicho plan no comenzará sino hasta después de completar el período de espera de 12 meses.

Plan de discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora

Si es un asociado de tiempo completo pagado por hora (excepto los asociados que trabajan en determinados estados y localidades que cuentan con planes exigidos por ley, tal como se indica a continuación), quedará inscrito de manera automática para recibir la cobertura del plan básico por discapacidad de corto plazo después del período de espera de elegibilidad de 12 meses. Durante el período de inscripción inicial, también puede inscribirse en el plan mejorado de discapacidad de corto plazo. Para obtener información sobre el período de inscripción, consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

La compañía le proporciona sin cargo el plan básico de discapacidad de corto plazo. El costo de su plan mejorado de discapacidad de corto plazo depende de sus ingresos quincenales y de su edad.

Consulte la sección **Planes exigidos por ley** que figura más adelante en este capítulo para obtener información sobre las opciones de cobertura disponibles para los asociados que trabajan en estados y localidades que cuentan con planes exigidos por ley.

Salvo en determinados estados y localidades (tal como se indica en la sección **Planes exigidos por ley** que figura a continuación), la cobertura por discapacidad de corto plazo de Walmart es autoasegurada. Esto significa que no hay una compañía aseguradora que cobre primas y pague los beneficios. La compañía financia los beneficios del plan básico de discapacidad de corto plazo a través de los activos generales de la compañía, los activos del Plan o del Fondo, o una combinación de estas fuentes. El plan básico de discapacidad de corto plazo no requiere de ningún tipo de contribución por parte del asociado. Si participa en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo, las contribuciones que realice se destinarán a cubrir los costos de los beneficios.

Cómo se administra el plan de discapacidad de corto plazo

Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Sedgwick) administra la cobertura por discapacidad de corto plazo de Walmart en todos los estados y localidades, excepto aquellos que cuenten con planes exigidos por ley. A continuación, se detalla la cobertura por discapacidad disponible para los asociados que trabajan en estados y localidades que cuentan con planes exigidos por ley.

PLANES EXIGIDOS POR LEY

En el caso de los asociados que trabajan en estados y localidades con planes exigidos por ley, las diferencias en las leyes estatales y locales, y los procedimientos administrativos afectarán su elegibilidad para participar en los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart y el monto de su beneficio por discapacidad. Puede encontrar información general en el cuadro que figura a continuación. Llame al número correspondiente que figura en el cuadro de **Recursos** al comienzo de este capítulo para obtener información sobre los beneficios que se ofrecen en estos estados.

Planes exigidos y administrados por ley	<p>California Rhode Island</p> <p>Los asociados pagados por hora que trabajan en estos estados no reúnen los requisitos para participar en los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart. El estado administra sus beneficios.</p>
Planes exigidos por ley, administrados por Lincoln Financial Group ("Lincoln")	<p>Hawái Nueva Jersey</p> <p>Los asociados pagados por hora que trabajan en estos estados no reúnen los requisitos para participar en los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart. Sus beneficios se proporcionan de acuerdo con el programa estatal y son administrados por Lincoln.</p>
	<p>Nueva York</p> <p>Los asociados que trabajan en Nueva York reúnen los requisitos para participar en el plan básico por discapacidad de corto plazo de Walmart y en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo de Nueva York para complementar su beneficio estatal, que asegura y administra Lincoln.</p>
Planes exigidos por ley administrados por Sedgwick	<p>El resto de los estados</p> <p>Los asociados que trabajan en otros estados y localidades que cuentan con beneficios exigidos por ley reúnen los requisitos para participar en los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart para complementar sus beneficios estatales o locales, que Sedgwick administra.</p> <p>Los asociados que trabajan en Washington podrán inscribirse en el plan mejorado por discapacidad de corto plazo para complementar sus beneficios estatales. Para reunir los requisitos para recibir los beneficios de los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart, debe solicitar a través del gobierno estatal o local sus beneficios exigidos por ley, según lo permitido por la ley. El monto del beneficio que se recibe conforme a los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart se reducirá por el monto del beneficio exigido por ley. Los beneficios totales que se pagan conforme a los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart no superarán el nivel de beneficios que, de otro modo, se pagan conforme a los planes.</p>

Su beneficio por discapacidad de corto plazo

Si queda discapacitado según la definición del Plan, el plan básico por discapacidad de corto plazo de Walmart ofrece hasta el 50 % de su salario semanal promedio por hasta 25 semanas para una discapacidad aprobada, después de un período de espera de siete días calendario. El beneficio semanal máximo del plan básico de discapacidad de corto plazo es de \$200. Para obtener más información acerca de su salario semanal promedio, consulte [Cómo calcular su beneficio por discapacidad de corto plazo](#) que aparece más adelante en este capítulo.

Si queda discapacitado según la definición del Plan, el plan mejorado de discapacidad de corto plazo brinda hasta un 60 % de su salario semanal promedio por hasta 25 semanas después de un período de espera de siete días calendario, sin un beneficio semanal máximo. En el caso de los participantes que trabajan en Nueva York, si queda discapacitado según la definición del Plan, el plan mejorado de discapacidad de corto plazo de Nueva York brinda hasta el 60 % de su salario semanal promedio por hasta 25 semanas después de un período de espera de siete días calendario y tiene un beneficio semanal máximo de \$6,000.

INSCRIPCIÓN PARA LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

Una vez finalizado su período de espera de elegibilidad de 12 meses, queda automáticamente inscrito en el plan básico de discapacidad de corto plazo. Para que su cobertura entre en vigor, usted debe estar trabajando activamente. Se considerará que trabaja activamente en uno de sus días laborales programados si está realizando, de la manera habitual, todas las tareas regulares de su trabajo. Consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener más información.

La fecha de inicio de su cobertura del plan mejorado de discapacidad de corto plazo depende de cuándo se inscribió en la cobertura:

- Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, su cobertura comienza en la fecha de entrada en vigencia. Para obtener más información sobre su período de inscripción inicial y su fecha de entrada en vigencia, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).
- Si se inscribe después de transferirse de una clasificación laboral a otra, su cobertura comenzará en la fecha efectiva. Para obtener información sobre el período de inscripción inicial y la fecha efectiva, consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).
- Si se inscribe en cualquier momento posterior al período de inscripción inicial como inscrito fuera de término, deberá completar un período de espera de 12 meses antes de que su cobertura entre en vigencia. Durante el período de espera de 12 meses, no es obligatorio que pague las primas del plan mejorado por discapacidad de corto plazo.
 - Si se inscribió fuera de término por un evento de cambio de estado, su período de espera de 12 meses comenzará a partir del día del evento.
 - Si se inscribió fuera de término durante una Inscripción Anual, su período de espera de 12 meses comenzará a partir del día en que se haya inscrito.

Puede dar de baja la cobertura del plan mejorado de discapacidad de corto plazo en cualquier momento; el cambio entrará en vigencia el día posterior a la baja de su cobertura. Si da de baja la cobertura del plan mejorado de discapacidad de corto plazo y más tarde decide volver a inscribirse, se lo considerará como registrado tardío y tendrá un período de espera de 12 meses.

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios

Para reunir los requisitos necesarios para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo a través del Plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe estar trabajando activamente cuando queda discapacitado (salvo ciertos casos de permisos de ausencia o cesantías, tal como se describe más adelante en este capítulo en [Cobertura durante permisos de ausencia o cesantías temporarias](#)).
- Debe presentar evidencia médica provista por un médico calificado que dé fe de que usted se encuentra discapacitado según la definición del Plan (se entiende por “médico calificado” todo médico y profesional de la salud con licencia vigente que no tiene parentesco con usted y presta servicios dentro del alcance de su licencia; esto incluye médicos [Medical Doctors, M.D.], osteópatas [Doctor of Osteopathic, D.O.], enfermeros, asistentes médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud cuyos servicios son elegibles para solicitar un reembolso al Plan de Salud y Bienestar para Asociados).
- Sedgwick o Lincoln deben aprobar su reclamo.

Estas condiciones aplican ya sea que esté cubierto por el plan básico de discapacidad de corto plazo, el plan mejorado de discapacidad de corto plazo o el plan mejorado de discapacidad de corto plazo de Nueva York. Sedgwick o Lincoln pueden exigir una prueba escrita de su discapacidad o información adicional antes de tomar una decisión sobre su reclamo. Una declaración de su médico en la que indique que usted no puede trabajar no lo califica en sí para recibir beneficios por discapacidad de corto plazo. La aprobación de un permiso de ausencia no constituye la aprobación para recibir beneficios por discapacidad de corto plazo.

Según la definición del Plan, “discapacitado” o “discapacidad” significa que usted es incapaz de realizar las tareas esenciales de su ocupación de acuerdo con su cronograma laboral normal, o se ha suspendido una licencia requerida para las tareas de su ocupación debido a enfermedad mental o física o lesión, o embarazo. Los beneficios se pagan durante el período en que haya perdido la licencia solo mientras dure su discapacidad y mientras se logra el restablecimiento oportuno de la licencia. “Restablecimiento oportuno de la licencia” significa que usted lo solicita cuando su estado cumple con los criterios correspondientes y proporciona la información y los formularios requeridos por la agencia que la otorga de manera oportuna hasta que la licencia se restablezca. Sedgwick (o Lincoln, según corresponda) determinará su discapacidad en función de evidencia médica objetiva, la cual consta de hechos y conclusiones, entre las que se incluyen radiografías, informes de laboratorio, pruebas, informes realizados por el médico tratante, así como

también informes y notas que realice su médico. Además, usted debe estar bajo la atención permanente de un médico calificado y seguir el curso del tratamiento recetado. Únicamente la pérdida de la licencia no es suficiente para adecuarse a la definición de discapacidad.

Si Sedgwick o Lincoln solicita que lo examine un médico u otro profesional de la salud independiente, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios.

Si su discapacidad es el resultado de más de una causa, se le pagará como si fuera una. El beneficio máximo para cualquier período de discapacidad se limita a 25 semanas, luego del período de espera inicial de siete días calendario.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, se considerará que cumple con la definición de discapacidad y Sedgwick (o Lincoln, según corresponda) no requerirá de evidencia médica objetiva como condición para aprobar su reclamo de discapacidad para recibir el beneficio de maternidad del plan de discapacidad de corto plazo, excepto en las siguientes situaciones:

- Comienza su permiso de ausencia más de dos semanas antes de la fecha estimada de parto.
- No comienza su permiso de ausencia inmediatamente después de la fecha de parto.

El beneficio de maternidad, por lo general, comienza durante las dos primeras semanas previas a la fecha estimada de parto (según lo determine un médico calificado), o antes de la fecha real del parto.



Si su discapacidad es causada por una enfermedad mental o abuso de sustancias, se le recomienda recibir tratamiento dentro de los 30 días de la primera fecha de ausencia por parte de un psicólogo, psiquiatra o trabajador social clínico con una maestría en trabajo social, que se especialice en salud mental y abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal.

Presentación de un reclamo

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

En todos los otros estados, deberá presentar su reclamo por discapacidad de corto plazo ante Sedgwick dentro de los 90 días a partir de la fecha en que comienza su discapacidad. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

Si sufre una enfermedad o lesión que lo deja incapacitado o tiene programada una licencia por maternidad, siga estos pasos:

PASO 1: Notifique a Sedgwick para que solicite un permiso de ausencia y presente un reclamo por discapacidad de corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente del trabajo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo de compensación para trabajadores. Informe su discapacidad en línea desde [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) > [mySedgwick](https://www.walmart.com) o llamando al **800-492-5678**. Su reclamo no se puede procesar hasta que haya dejado de trabajar.

PASO 2: Infórmele a su médico que se comunicarán con él para que complete un certificado médico y para pedirle que proporcione información médica, incluida la siguiente:

- Diagnóstico
- Fecha y duración prevista de la discapacidad
- Restricciones y limitaciones
- Conclusiones de exámenes cognitivos o físicos y resultados de pruebas
- Planes de tratamiento
- Notas de las consultas médicas

Debe firmar un formulario que autorice a su médico a divulgar esta información. (Si hace la presentación en línea, se aceptará la firma electrónica).

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

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Consulte el capítulo [Reclamos y apelaciones](#) para conocer más detalles.

Es posible que se le exija una prueba por escrito de su discapacidad o información médica adicional antes de que comience el pago de sus beneficios.

Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios por discapacidad de corto plazo no se pagarán por una enfermedad o lesión en los siguientes casos:

- Si a usted no lo atiende ni trata un médico calificado;
- Si es causada por participar en una insurrección, rebelión, disturbio o desorden civil;
- Si son ocasionadas porque usted comete o intenta cometer un delito (p. ej., agresión, violencia, delitos mayores o cualquier ocupación o actividad ilegal);
- Si por ellas se pagan, o se pueden pagar si se reclama correctamente, beneficios de compensación de trabajador; o
- Si son el resultado de una actividad laboral remunerada o productiva.

Cuándo comienzan los beneficios

Si se aprueban sus beneficios por discapacidad de corto plazo, el beneficio comenzará, después de un período de espera de siete días calendario, en el octavo día calendario después de que comience su discapacidad.

Puede utilizar hasta 40 horas de tiempo libre pagado disponible (Paid Time Off, PTO) durante el período de espera del beneficio. Debe devolver a la compañía el PTO que tomó después del período de espera del beneficio de siete días calendario.

Si está recibiendo beneficios por discapacidad de corto plazo al final del año del plan del PTO, consulte la póliza del PTO de su ubicación para obtener información sobre el pago o la transferencia de días. No se puede acumular PTO adicional mientras esté recibiendo beneficios de discapacidad de corto plazo.

Cómo calcular su beneficio

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

- Su salario semanal promedio, y
- Si está inscrito en el plan mejorado de discapacidad de corto plazo o no.

SALARIO SEMANAL PROMEDIO	
Duración del empleo	Cómo se determina el salario semanal promedio
Empleado durante 12 meses o más	Pago bruto total ÷ 52 semanas Por ejemplo, el salario semanal promedio de un asociado con un pago bruto total de \$36,400 es \$700 (\$36,400 ÷ 52)
Empleado durante menos de 12 meses	Pago bruto total ÷ número de semanas trabajadas Por ejemplo, el salario semanal promedio de un asociado con un pago bruto total de \$8,400 por 12 semanas de trabajo es \$700 (\$8,400 ÷ 12)

Si un beneficio semanal es pagadero por menos de una semana, su pago será el 1/7 del beneficio semanal por cada día que estuvo incapacitado.

El pago bruto total incluye:

- Horas extras;
- Bonificaciones;
- PTO u otros beneficios de protección para enfermedades (no incluye los beneficios por discapacidad pagados anteriormente);
- Pago personal durante los 26 períodos de pago previos al último día trabajado (o de la cantidad de períodos de pago si trabajó menos de 26). Tenga en cuenta que, si algún período de pago no registra ingresos, se excluye y se usa una cantidad menor para el cálculo.

El beneficio semanal máximo del plan básico de discapacidad de corto plazo es de \$200. No existe un beneficio semanal máximo para el plan mejorado de discapacidad de corto plazo, excepto en Nueva York, donde el máximo semanal es de \$6,000. A continuación, se muestra un cálculo de beneficios hipotético que corresponde a un salario semanal promedio de \$700.

SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO UN EJEMPLO	
Si tiene	Su beneficio es
Cobertura del plan básico de discapacidad de corto plazo	50 % de su salario semanal promedio hasta un máximo de \$200 por semana
	Salario semanal promedio: \$700 50 % de \$700: \$350 Reducción al beneficio semanal máximo: \$200
Cobertura del plan mejorado de discapacidad de corto plazo	60 % de su salario semanal promedio
	Salario semanal promedio: \$700 60 % de \$700: \$420 No existe un beneficio semanal máximo para el plan mejorado de discapacidad de corto plazo, así que no se aplicaría ninguna reducción (en Nueva York, existe un beneficio semanal máximo de \$6,000).

NOTA: En el caso de los asociados que reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley, así como los beneficios de los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart, el monto del beneficio que se recibe conforme a los planes por discapacidad de corto plazo de Walmart se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley.

BENEFICIO POR MATERNIDAD

En el caso de las asociadas de tiempo completo pagadas por hora, excepto aquellas que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island, si su discapacidad se debe a un embarazo y comienzan el permiso de ausencia por discapacidad de corto plazo en la fecha del parto o hasta dos semanas antes de la fecha prevista del parto, se considerará que cumplen con los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan y que son elegibles para recibir los beneficios de discapacidad por maternidad. El plan de discapacidad de corto plazo para las asociadas pagadas por hora ofrece un beneficio de maternidad del 100 % de su salario semanal promedio durante las primeras nueve semanas, después de un período de espera inicial de siete días calendario. Sin embargo, si comienza su permiso de ausencia después de la fecha real del parto, debe cumplir con los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan y solo será elegible para recibir los beneficios por discapacidad que no estén relacionados con la maternidad.

Si reúne los requisitos para recibir los beneficios y continúa cumpliendo con los requisitos establecidos en la definición de discapacidad después de las primeras nueve semanas de pagos por discapacidad, el plan básico por discapacidad de corto plazo pagará hasta el 50 % de su salario semanal promedio hasta \$200 por semana como máximo y el plan mejorado pagará hasta el 60 % de su salario semanal promedio, desde la semana 11 hasta la semana 25.

Las asociadas de tiempo completo pagadas por hora que trabajan en California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island, por lo general, no reúnen los requisitos para participar en el plan de discapacidad de corto plazo de Walmart, ya que estos estados cuentan con planes de discapacidad exigidos por ley que tienen sus propios términos de elegibilidad. Si trabaja en uno de estos estados y su discapacidad se debe a un embarazo, será elegible para recibir los beneficios de maternidad conforme al plan de discapacidad de corto plazo para las asociadas pagadas por hora, sujeto a lo siguiente:

- Si reúne los requisitos para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo exigidos por ley, el plan de discapacidad de corto plazo para las asociadas pagadas por hora complementa los beneficios por discapacidad de corto plazo exigidos por ley, tal como se muestra en el cuadro que figura a continuación.

- Si no reúne los requisitos para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo exigidos por ley, el plan de discapacidad de corto plazo paga un beneficio de maternidad del 100 % de su salario semanal promedio hasta las primeras nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. Los beneficios de maternidad de discapacidad de corto plazo terminarán luego de las nueve semanas.

Si comienza su permiso de ausencia después de la fecha real del parto, no será elegible para recibir los beneficios de maternidad conforme al plan de discapacidad de corto plazo para las asociadas pagadas por hora.

Los beneficios de maternidad que se ofrecen conforme al plan de discapacidad de corto plazo para las asociadas de tiempo completo pagadas por hora son los siguientes:

BENEFICIO POR MATERNIDAD		
Lugar de trabajo de la asociada (estado o localidad)	Hasta 9 semanas*	Después de 9 semanas*
Si trabaja en un estado o localidad que no cuenta con beneficios exigidos por ley	100 % de su salario semanal promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Si presenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, los beneficios se pueden pagar conforme al plan de discapacidad de corto plazo para las asociadas pagadas por hora. Los beneficios podrían ser equivalentes al 50 % o al 60 % de su salario semanal promedio, dependiendo de la cobertura que elija, desde la semana 11 hasta la semana 25.
Si trabaja en un estado o localidad que cuenta con beneficios exigidos por ley y reúne los requisitos para recibir el beneficio del gobierno estatal o local	Los beneficios exigidos por ley se pagan de acuerdo con la tarifa correspondiente del gobierno estatal o local; el beneficio de maternidad por discapacidad de corto plazo de Walmart compensará la diferencia entre el beneficio exigido por ley y el 100 % de su salario semanal promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Beneficios correspondientes del gobierno estatal o local
Si trabaja en un estado o localidad que cuenta con beneficios exigidos por ley y no reúne los requisitos para recibir el beneficio del gobierno estatal o local	100 % de su salario semanal promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Los beneficios por discapacidad de corto plazo de Walmart no están disponibles; los beneficios de maternidad finalizan después de las primeras 9 semanas.
Si trabaja en el estado de Washington	Los beneficios exigidos por ley se pagan a la tarifa estatal correspondiente; el beneficio de maternidad de discapacidad de corto plazo de Walmart compensará la diferencia entre el beneficio estatal y el 100 % de su salario semanal promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Si presenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, los beneficios se pueden pagar conforme al plan de discapacidad de corto plazo de Walmart para las asociadas pagadas por hora y conforme a los beneficios estatales. Los beneficios conforme a los planes de Walmart podrían ser equivalentes al 50 % o al 60 % de su salario semanal promedio, dependiendo de la cobertura que elija, desde la semana 11 hasta la semana 25. El monto del beneficio que se recibe conforme a los planes de Walmart se reducirá por el monto del beneficio exigido por ley.

* También puede ser elegible para la paga parental adicional igual al 100 % de su salario semanal promedio conforme a la póliza de paga parental de Walmart. Para obtener más información, consulte la póliza de paga parental en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

LOS IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

El pago de impuestos sobre los beneficios que recibe dependerá de si está inscrito solo en el plan de beneficios básico o en el plan de beneficios mejorado por discapacidad de corto plazo. Si está inscrito en un plan básico por discapacidad de corto plazo, los beneficios que recibe están sujetos a impuestos. Esto se debe a que no realiza ninguna contribución al plan básico por discapacidad de corto plazo ni paga ningún impuesto sobre la cobertura que brinda Walmart. Si está inscrito en un plan mejorado por discapacidad de corto plazo, solo se pagarán impuestos sobre una parte de sus beneficios, ya que Walmart y usted pagan el costo de la cobertura a través de una combinación de contribuciones de Walmart por un monto antes de impuestos y un monto por parte del asociado después de impuestos. Por lo general, Walmart retiene todo impuesto local, estatal, federal y de seguridad social de la parte de beneficios gravada.

En Hawái, Nueva Jersey y Nueva York, parte de sus beneficios pagan impuestos. Comuníquese con Lincoln para obtener más información. Los asociados que trabajan en otros estados o localidades que cuentan con beneficios exigidos por ley deben comunicarse con el estado o la localidad para obtener información sobre el estado fiscal de los beneficios del gobierno estatal o local.

El Plan tiene el derecho de cobrarle y usted debe pagar cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios de discapacidad de corto plazo como parte de este Plan. Consulte las secciones [Derecho del plan de recuperar un pago excesivo](#) y [Derecho a deducción de sueldo o salario](#) del capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Si no paga a tiempo todo monto pagado de más, la compañía puede tomar de su salario la parte de dichos montos por los que no pagó impuestos y que fueron pagados como montos imponibles (que se pueden incluir en el formulario W-2) o, de forma alternativa, puede deducir dichos montos de sus cheques de pago o de los próximos pagos de beneficios por discapacidad, en la medida que lo permita la ley.

Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad de corto plazo

Si está recibiendo beneficios por discapacidad de corto plazo del Plan por un reclamo de discapacidad aprobado, el pago de sus beneficios del Plan terminará de acuerdo con lo que ocurra primero:

- Cuando deje de reunir los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan.
- Cuando no presente las pruebas necesarias de discapacidad cuando lo soliciten Sedgwick o Lincoln.
- Cuando usted ya no esté bajo la atención y el tratamiento permanentes de un médico calificado.
- Cuando se niegue a ser examinado, si Sedgwick o Liberty así lo exigieran.
- El último día del período máximo en que se pagan los beneficios (25 semanas o nueve semanas en el caso de los beneficios de discapacidad por maternidad).

- Cuando esté médicamente apto y calificado para trabajar en un puesto de tiempo completo similar que Walmart le ofrezca.
- La fecha de su fallecimiento.

Cuando sus beneficios por discapacidad de corto plazo finalicen, y por cualquier motivo no regresa a trabajar, debe solicitar una extensión de su licencia. Si no lo hace, es posible que su relación laboral finalice.

Si se reintegra al trabajo dentro de los 30 días de la aprobación de su período por discapacidad, se lo volverá a establecer en la cobertura por discapacidad que tenía antes de su discapacidad. Si no regresa a trabajar dentro de los 30 días de la finalización de su período de discapacidad aprobado, su cobertura se cancelará hasta que vuelva a trabajar y cumpla con los requisitos de regreso al trabajo activo.

Los programas de discapacidad de corto plazo del gobierno estatal y local pueden contar con fechas de finalización diferentes en cuanto a la cobertura de Walmart.

Regresar a trabajar

Sedgwick se pondrá en contacto con usted antes de la fecha de regreso al trabajo prevista y le informará los pasos que deberá seguir, incluso cómo obtener un certificado médico para regresar a trabajar. En algunos casos, es posible que su médico le dé el alta para regresar a trabajar con ciertas restricciones médicas; dichas restricciones deben estar explícitamente establecidas en el certificado para regresar a trabajar o en el alta por escrito. Si recibe un certificado para regresar a trabajar que incluye restricciones médicas, es posible que esté sujeto a una revisión para determinar si una modificación a su trabajo o una adaptación ayudará a que pueda regresar a trabajar.

Notifique a Sedgwick una vez que haya regresado físicamente a trabajar. Si sus beneficios de discapacidad de corto plazo terminaron y no regresó a trabajar ni comunicó sus intenciones, Sedgwick le notificará sus opciones, las cuales incluyen la solicitud de una extensión de su licencia o la renuncia voluntaria a su empleo. Si no solicita una extensión, es posible que su relación laboral finalice.

SI REGRESA A TRABAJAR Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si regresa a trabajar por menos de 30 días calendario de trabajo activo de tiempo completo (con o sin restricciones médicas) y queda discapacitado nuevamente por la misma enfermedad u otra afección relacionada que había causado el primer período de discapacidad, tal como lo define Sedgwick o Lincoln como un “reclamo por recaída/recurrente”, sus beneficios por discapacidad de corto plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No deberá cumplir un período de espera adicional de siete días calendario. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará las 25 semanas.

Si ha regresado al trabajo activo de tiempo completo por más de 30 días calendario y luego queda discapacitado por la misma causa u otra relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría recibir hasta 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

Si regresa al trabajo activo de tiempo completo por cualquier cantidad de días calendario y luego queda discapacitado por una nueva causa no relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría tener hasta un máximo de 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal

Una vez que comienza su cobertura por discapacidad de corto plazo y usted es elegible para presentar un reclamo de beneficios, si no está trabajando activamente debido a un permiso de ausencia o una cesantía temporal aprobada que no sea por discapacidad, seguirá siendo elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo durante 90 días desde su último día laboral. Su elegibilidad para los beneficios por discapacidad de corto plazo finalizará el día 91 después del inicio de su permiso de ausencia o cesantía temporal aprobados que no sea por discapacidad, pero será restablecida si regresa a trabajar de manera activa dentro del plazo de un año.

Cuándo finaliza la cobertura

La cobertura de su plan básico y mejorado de discapacidad de corto plazo termina:

- El momento del cese de su relación laboral.
- El último día del período de pago cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible.
- En la fecha de pérdida de elegibilidad.
- En la fecha de su fallecimiento.
- A los 91 días de un permiso de ausencia aprobado (a menos que regrese a trabajar).
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.

Además, en virtud del plan mejorado de discapacidad de corto plazo, la cobertura terminaría el día posterior a que dé de baja su cobertura.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía y regresa a trabajar a tiempo completo dentro de las 13 semanas, quedará automáticamente reinscrito en el mismo plan de cobertura que tenía antes de abandonar la empresa (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si queda automáticamente reinscrito en el plan mejorado de discapacidad de corto plazo y decide darlo de baja luego de reincorporarse a la compañía, puede cancelarlo en cualquier momento.

Si regresa a su trabajo de tiempo completo después de 13 semanas, se lo considerará como recientemente elegible y puede inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritas en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si pierde y luego recupera la elegibilidad

Si pierde, pero luego recupera la elegibilidad dentro de los 30 días, quedará automáticamente reinscrito en la misma cobertura que tenía antes de abandonar la compañía (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Si pierde la elegibilidad y luego la recupera después de los 30 días, se lo considerará como recientemente elegible y puede inscribirse para recibir la cobertura según los períodos de tiempo y las condiciones descritas en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados

Discapacidad de corto plazo para asociados asalariados	192
Cómo se administra el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados	192
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios	192
Presentación de un reclamo	193
Cuándo no se pagan los beneficios	193
Su pago después de presentar un reclamo	194
Determinación de beneficios	194
Cuándo comienzan los beneficios	195
Cómo calcular su beneficio	195
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad de corto plazo	196
Regresar a trabajar	197
Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal	197
Cuándo finaliza la cobertura	197
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	197

Esta información no crea un contrato de trabajo explícito ni implícito, ni cualquier otro compromiso contractual. Walmart puede modificar esta información a su exclusivo criterio sin previo aviso y en cualquier momento, de conformidad con la ley correspondiente.

Plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados

Si no trabaja por un período prolongado debido a que está embarazada, se sometió a una cirugía programada, tiene una enfermedad o sufrió una lesión inesperada, este plan para asociados asalariados puede cubrir una parte de su cheque de pago. Cuando no puede trabajar, el plan de discapacidad de corto plazo de Walmart para asociados asalariados trabaja por usted.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información o presente un reclamo (se proporciona a los asociados asalariados en los 50 estados)	Ingrese a One.Walmart.com	Llame a Sedgwick al 800-492-5678
Si trabaja en Washington (presentar un reclamo de beneficios estatales)	Ingrese a paidleave.wa.gov	Llame al Estado de Washington al 833-717-2273
Solicite una apelación de un reclamo por discapacidad de corto plazo rechazado	Visite One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick al 800-492-5678

Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados

- Si usted es un asociado (gerencial) asalariado, queda inscrito automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo. La cobertura es efectiva a partir de la fecha de contratación sin costo alguno.
- Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo, el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados reemplaza el 100 % de su pago básico por hasta seis semanas y el 75 % de su pago básico por hasta 19 semanas adicionales, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. (Se pueden aplicar diferentes normas para las discapacidades relacionadas con el trabajo que califican para la compensación de trabajador a través de Walmart. Para obtener más información, consulte la tabla [Su beneficio del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados](#)).
- Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados reemplaza el 100 % de su pago básico durante nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. Por lo general, no se exige un certificado médico para este beneficio de maternidad del plan de discapacidad de corto plazo.
- El plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados no es un beneficio cubierto por ERISA y no forma parte del Plan de salud y bienestar para asociados.
- Los procedimientos de reclamos y apelaciones descritos en este capítulo aplican al beneficio por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados en lugar de los procedimientos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Discapacidad de corto plazo para asociados asalariados

Queda automáticamente inscrito para recibir la cobertura del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados a partir de la fecha de contratación si usted es un asociado administrativo/asalariado (exento). Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte la sección [Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Cómo se administra el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados

La cobertura por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados es administrada por Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Sedgwick) y es proporcionada por la compañía sin costo alguno.

Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo, el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados, por lo general, paga el 100 % de su pago básico por hasta seis semanas de una discapacidad aprobada, luego de un período de espera inicial de siete días calendario de discapacidad continua. (Las discapacidades que califican para la compensación de trabajador a través de Walmart se consideran de manera diferente, tal como se describe en la tabla [Su beneficio del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados](#)). Si permanece discapacitado y es elegible para los beneficios luego de las primeras seis semanas de pagos por discapacidad, el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados pagará el 75 % de su pago básico por hasta 19 semanas adicionales.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, se considerará que cumple con la definición de discapacidad y el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados pagará un beneficio de maternidad del 100 % de su pago básico durante las primeras nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario.

Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado (Paid Time Off, PTO). Los beneficios por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados comienzan el octavo día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible.

PLANES EXIGIDOS POR LEY

Por lo general, los beneficios por discapacidad de corto plazo proporcionados por algunos gobiernos estatales y locales no afectan su elegibilidad para el beneficio por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados a través de Walmart o el monto del beneficio que recibe conforme al plan de Walmart.

Se aplican excepciones a esta póliza para todos los asociados asalariados de eCommerce que trabajen en California y todos los asociados que trabajen en Washington. Se puede encontrar información general en la tabla que aparece en la parte inferior de la página.

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios

Para ser elegible para los beneficios por discapacidad de corto plazo a través del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe presentar evidencia médica provista por un médico calificado que dé fe de que usted se encuentra discapacitado según la definición del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados (se entiende por “médico calificado” todo médico y profesional de la salud con licencia vigente que no tiene parentesco con usted y presta servicios dentro del alcance de su licencia; esto incluye médicos [Medical Doctors, M.D.], osteópatas [Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.], enfermeros, asistentes médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud reconocidos por el Plan de Salud y Bienestar para Asociados).
- Sedgwick debe aprobar su reclamo.



Si su discapacidad es causada por una enfermedad mental o abuso de sustancias, se le recomienda recibir tratamiento dentro de los 30 días de la primera fecha de ausencia por parte de un psicólogo, psiquiatra o trabajador social clínico con una maestría en trabajo social, que se especialice en salud mental y abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal.

PLANES EXIGIDOS POR LEY

Asociados asalariados de eCommerce que trabajan en California	Los asociados son elegibles para participar en el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados para complementar los beneficios estatales. El monto del beneficio que se recibe conforme a los planes por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart se reducirá por el monto del beneficio exigido por ley.
Asociados que trabajan en Washington	Los asociados son elegibles para participar en el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados para complementar los beneficios estatales. Para ser elegible para recibir los beneficios conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart, debe presentar una solicitud a través del gobierno estatal o local para recibir los beneficios exigidos por ley, en la medida permitida por la ley. El monto del beneficio que se recibe conforme a los planes por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart se reducirá por el monto del beneficio exigido por ley. Los beneficios totales que se pagan conforme al plan por discapacidad de corto plazo de Walmart no superarán el nivel de beneficios que, de otro modo, se pagan conforme al plan.

Es posible que Sedgwick exija una prueba escrita de su discapacidad o información adicional antes de tomar una decisión sobre su reclamo. Una declaración de su médico en la que indique que usted no puede trabajar no lo califica en sí para recibir beneficios por discapacidad de corto plazo. La aprobación de un permiso de ausencia no constituye la aprobación para recibir beneficios por discapacidad de corto plazo.

De acuerdo con la definición del plan de discapacidad de corto plazo, “discapacitado” o “discapacidad” significa que usted es incapaz de realizar las tareas esenciales de su ocupación de acuerdo con su cronograma laboral normal, o se ha suspendido una licencia requerida para las tareas de su ocupación debido a enfermedad o lesión mental o física, o embarazo. Los beneficios se pagan durante el período en que haya perdido la licencia solo mientras dure su discapacidad y mientras se logra el restablecimiento oportuno de la licencia. “Restablecimiento oportuno de la licencia” significa que usted lo solicita cuando su estado cumple con los criterios correspondientes y proporciona la información y los formularios requeridos por la agencia que la otorga de manera oportuna hasta que la licencia se restablezca. Sedgwick determinará su discapacidad en función de evidencia médica objetiva, la cual consta de hechos y conclusiones, entre las que se incluyen radiografías, informes de laboratorio, pruebas, informes realizados por el médico tratante, así como también informes y notas que realice su médico. Además, usted debe estar bajo la atención permanente de un médico calificado y seguir el curso del tratamiento recetado. Únicamente la pérdida de la licencia no es suficiente para adecuarse a la definición de discapacidad.

Si Sedgwick solicita que lo examine un médico u otro profesional de la salud independiente, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios.

Si su discapacidad es el resultado de más de una causa, se le pagará como si fuera una. El beneficio máximo para cualquier período de discapacidad se limita a 25 semanas, luego del período de espera inicial de siete días calendario.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, se considerará que cumple con la definición de discapacidad y Sedgwick no requerirá de evidencia médica objetiva como condición para aprobar su reclamo de discapacidad para recibir el beneficio de maternidad del plan de discapacidad de corto plazo, excepto en las siguientes situaciones:

- Comienza su permiso de ausencia más de dos semanas antes de la fecha estimada de parto.
- No comienza su permiso de ausencia inmediatamente después de la fecha de parto.

Por lo general, el beneficio de maternidad comienza dos semanas antes de la fecha de parto estimada (según lo determine el médico calificado) o en la fecha de parto real.

Presentación de un reclamo

Si sufre una enfermedad o lesión que lo deja incapacitado o tiene previsto comenzar una licencia por maternidad, siga estos pasos:

PASO 1: Notifique a Sedgwick para que solicite un permiso de ausencia y presente un reclamo por discapacidad de corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente

del trabajo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Sedgwick le enviará un paquete inicial en el que se encontrará la información que necesita y se describirán las medidas que debe tomar. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo de compensación para trabajadores. Informe su discapacidad en línea desde One.Walmart.com/LOA > [mySedgwick](#) o llame al **800-492-5678**.

El procesamiento de su reclamo no se puede iniciar hasta que haya dejado de trabajar. Todos los reclamos para obtener los beneficios conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart se deben enviar a Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza su discapacidad. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten trascurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

PASO 2: Infórmele a su médico que se comunicarán con él para que complete un certificado médico y para pedirle que proporcione información médica, incluida la siguiente:

- Diagnóstico
- Fecha y duración prevista de la discapacidad
- Restricciones y limitaciones
- Conclusiones de exámenes cognitivos o físicos y resultados de pruebas
- Planes de tratamiento
- Notas de las consultas médicas

Debe firmar un formulario que autorice a su médico a divulgar esta información. (Si hace la presentación en línea, se aceptará la firma electrónica).

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



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

Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios por discapacidad de corto plazo no se pagarán por una enfermedad o lesión en los siguientes casos:

- Si a usted no lo atiende ni trata un médico calificado;
- Si es causada por participar en una insurrección, rebelión, disturbio o desorden civil;
- Si son ocasionadas porque usted comete o intenta cometer un delito (p. ej., agresión, violencia, delitos mayores o cualquier ocupación o actividad ilegal);
- Si son el resultado de una actividad laboral remunerada o productiva.

Su pago después de presentar un reclamo

Sedgwick le enviará un paquete inicial cuando presente un reclamo. Tiene hasta la fecha médica de parto, especificada en su paquete inicial, para presentar la documentación médica necesaria. Su pago continuará hasta la fecha de parto, este pago se conoce como "pago provisional". Si la documentación médica requerida no se aprobó, su pago se suspenderá luego de la fecha de parto.

Presente la documentación médica necesaria lo antes posible. Si no cumple con la fecha médica de parto, se suspenderá el pago a partir del primer día del período de pago en el que caiga. (En caso de embarazo, la verificación de su fecha de parto es la única verificación médica que se requiere para recibir el beneficio de maternidad del plan de discapacidad de corto plazo, a menos que comience su permiso de ausencia más de dos semanas antes de su fecha de parto estimada). Si se aprueba su reclamo, la aprobación será efectiva a partir de la fecha de su discapacidad y el período de pago provisional se contará para la duración de su beneficio de discapacidad.

Si se rechaza su reclamo antes de la fecha médica de parto debido a que sus circunstancias médicas no cumplen con la definición de discapacidad del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados, su pago se suspenderá y Walmart intentará recuperar el monto que se le pagó durante el período posterior a su enfermedad o lesión.

El pago provisional no se aplica a los reclamos recurrentes/por recaídas.

Determinación de beneficios

Sedgwick toma una decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción del reclamo correctamente presentado. El tiempo para una decisión se puede extender por hasta dos períodos de 30 días adicionales. Se le notificará por escrito, antes de cualquier período de extensión, que se necesita una extensión debido a asuntos que están fuera del control de Sedgwick. Se deben identificar dichos asuntos y se le debe proporcionar la fecha en la que Sedgwick tomará una decisión. Si su reclamo se extiende debido a que usted no presenta la información que Sedgwick considera como necesaria para determinar su reclamo, el tiempo de decisión se suspenderá a partir de la fecha en la cual se le envía la notificación de la extensión hasta la fecha en que Sedgwick recibe su respuesta. Si Sedgwick aprueba su reclamo, la decisión contendrá información suficiente para informarle sobre esa decisión.

Si Sedgwick rechaza su reclamo, se le enviará una notificación por escrito sobre el rechazo, la cual incluirá lo siguiente:

- Razones específicas para la decisión.
- Referencia específica a las disposiciones de la póliza en la cual se basa la decisión.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información.

- Una descripción de los procedimientos de revisión y límites de tiempo aplicables a tales procedimientos.
- Si la decisión se basó en una norma, una pauta, un protocolo interno u otro criterio similar para realizar el rechazo, ya sea:
 - La norma, la pauta, el protocolo u otros criterios similares particulares.
 - Una declaración de que la decisión se basó en dicha norma, pauta, protocolo o criterio similar para dictaminar el rechazo y que se le enviará una copia sin cargo cuando la solicite.

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

Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios y desea apelar, debe enviar una apelación oral o por escrito a Sedgwick dentro de los 180 días posteriores al rechazo. Su reclamo deberá incluir comentarios, documentos, archivos o cualquier otra información que le gustaría que se considere.

Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. Independientemente de la determinación inicial, su apelación será revisada por una persona que no sea quien decidió sobre su reclamo inicial.

Sedgwick tomará una determinación sobre su apelación dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta 45 días adicionales si se determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación;
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar la determinación; y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan.

SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE UN RECLAMO POR DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO PARA ASOCIADOS ASALARIADOS

Si se rechaza su apelación, puede realizar una segunda apelación voluntaria de su rechazo de manera oral o por escrito a Sedgwick. Debe presentar su segunda apelación dentro de los 180 días luego de recibir la notificación escrita del rechazo. Puede presentar comentarios por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Por lo general, los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su primera apelación se aplican a esta segunda apelación voluntaria, tal como se describe anteriormente.

Todas las apelaciones por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados deben enviarse a:

Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit
P.O. Box 14028
Lexington, Kentucky 40512

Cuándo comienzan los beneficios

Si se aprueban sus beneficios por discapacidad de corto plazo, el beneficio comenzará, después de un período de espera de siete días calendario, en el octavo día calendario después de que comience su discapacidad total. (No hay período de espera para las discapacidades relacionadas con el trabajo que sean elegibles para la compensación de trabajador a través de Walmart).

Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre

pagado (Paid Time Off, PTO). Los beneficios por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados comienzan el octavo día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible. No es necesario utilizar el PTO mientras recibe los beneficios por discapacidad de corto plazo.

Si está recibiendo beneficios por discapacidad de corto plazo al final del año del plan del PTO, consulte la póliza del PTO de su ubicación para obtener información sobre el pago o la transferencia de días.

Cómo calcular su beneficio

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

- Su pago básico a partir de su último día de trabajo
- La duración de su discapacidad

A los fines del beneficio por discapacidad de corto plazo para asociados asalariados, el pago básico se define de la siguiente manera:

TIPO DE ASOCIADO	PAGO BÁSICO
Asociados exentos	Salario quincenal bruto
Asociados no exentos	Pago por hora multiplicado por las horas programadas para el período de pago

Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo, el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados paga los beneficios, tal como se describe aquí:

SU BENEFICIO DEL PLAN DE DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO PARA ASOCIADOS ASALARIADOS		
Duración de su discapacidad	Su beneficio es:	
	Si su discapacidad no califica para la compensación de trabajador a través de Walmart	Si padece de una discapacidad relacionada con el trabajo para la compensación de trabajador a través de Walmart
Hasta 7 semanas	Luego de un período de espera inicial de 7 días calendario, el 100 % de su pago básico. Los beneficios comienzan el 8.º día calendario. Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua.	100 % de su pago básico, sin período de espera inicial. Los beneficios se pagarán a partir de la fecha de su discapacidad.
Más de 7 semanas, hasta 26 semanas	75 % de su pago básico. Por ejemplo, si su pago básico es de \$1,000, el 75 % de \$1,000 es un beneficio de \$750.	Los beneficios por compensación de trabajador se pagarán a la tarifa estatal correspondiente; los beneficios por discapacidad de corto plazo compensarán la diferencia de hasta el 75 % de su pago básico. Por ejemplo, si su pago básico es de \$1,000 y la compensación de trabajador paga el 66 % por su discapacidad, o \$660, el plan de discapacidad de corto plazo pagará \$90 adicionales por un beneficio total de \$750. (Si la tarifa de compensación de trabajador exigida por ley supera el 75 % de su pago básico, no recibirá beneficios por discapacidad de corto plazo).
<p>NOTA: En el caso de los asociados que reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en Planes exigidos por ley que aparece anteriormente en este capítulo), como así también los beneficios conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart, el monto del beneficio conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley.</p>		

Si se paga un beneficio por menos de una semana, su pago se basará en su pago básico dividido por su cronograma laboral regular por cada día en que se vio afectado por la discapacidad.

NOTA: Se realizan pagos separados para la compensación de trabajador y los beneficios por discapacidad de corto plazo.

BENEFICIO POR MATERNIDAD

A continuación, se describen los beneficios por maternidad en virtud del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados:

BENEFICIO DE MATERNIDAD		
Duración del beneficio	Su beneficio es:	Si usted es elegible para recibir los beneficios exigidos por ley en WA:
Hasta 9 semanas*	100 % de su pago básico luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.	Los beneficios exigidos por ley se pagan a la tarifa del gobierno estatal o local correspondiente; el beneficio de maternidad de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart compensará la diferencia entre el beneficio del gobierno local o estatal y el 100 % de su pago básico luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.
	Los beneficios por maternidad conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados comienzan el 8.º día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible. Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua.	
* También puede ser elegible para recibir un pago por cuidado familiar y parental adicional equivalente al 100 % de su pago básico. Para obtener más información, consulte la póliza sobre el pago por cuidado familiar y parental en One.Walmart.com .		
NOTA: En el caso de los asociados que reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley (según lo especificado en Planes exigidos por ley que aparece anteriormente en este capítulo), como así también los beneficios conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart, el monto del beneficio conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley.		

Si comienza su licencia por discapacidad de corto plazo en la fecha de parto o hasta dos semanas antes de la fecha de parto estimada, se considerará que cumple con la definición de discapacidad del plan y que reúne los requisitos para recibir los beneficios de discapacidad por maternidad.

Si comienza su permiso de ausencia después de la fecha real del parto, debe cumplir con los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan y solo será elegible para recibir los beneficios por discapacidad que no estén relacionados con la maternidad.

Si experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, es posible que los beneficios se paguen conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados luego de que finalice la duración de nueve semanas de los beneficios de maternidad si todavía cumple con la definición de discapacidad. Los beneficios podrían ser equivalentes al 75 % de su pago básico desde la semana 11 hasta la semana 25.

LOS IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

La compañía proporciona los beneficios que se le pagan conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart sin costo alguno. Debido a que no realiza contribuciones al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados, los beneficios que se le pagan están sujetos a impuestos. Por lo general, Walmart retiene los impuestos locales, estatales, federales y de seguridad social del monto de sus beneficios.

El plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados tiene el derecho de cobrarle y usted debe pagar cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios de discapacidad de corto plazo como parte de este plan. Consulte las secciones [Derecho del plan de recuperar un pago excesivo](#) y [Derecho a deducción](#)

de sueldo o salario del capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Si no reembolsa a tiempo todo monto pagado de más, la compañía puede deducir tales importes de su cheque de pago o de pagos futuros de beneficios de discapacidad, en la medida permitida por la ley.

Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad de corto plazo

Si está recibiendo pagos de beneficios por discapacidad de corto plazo del plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados a causa de un reclamo por discapacidad aprobado, los pagos de sus beneficios del plan terminarán de acuerdo con lo que ocurra primero:

- Cuando deje de reunir los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan.
- Cuando no presente las pruebas necesarias de discapacidad cuando lo solicite Sedgwick.
- Cuando usted ya no esté bajo la atención y el tratamiento permanentes de un médico calificado.
- Cuando se niegue a ser examinado, si Sedgwick así lo exigiera;
- El último día del período máximo en que se pagan los beneficios (25 semanas o nueve semanas en el caso de los beneficios de discapacidad por maternidad).
- El día en que esté médicamente apto y calificado para trabajar en un puesto de tiempo completo similar que Walmart le ofrezca.
- La fecha en que finaliza su relación laboral;
- La fecha de su fallecimiento.

Cuando sus beneficios por discapacidad de corto plazo finalizan y no regresa a trabajar por cualquier motivo, debe solicitar una extensión de su licencia; si no lo hace, podría dar lugar a la finalización de su relación laboral.

Regresar a trabajar

Sedgwick se pondrá en contacto con usted antes de la fecha de regreso al trabajo prevista y le informará los pasos que deberá seguir, incluso cómo obtener un certificado médico para regresar a trabajar. En algunos casos, es posible que su médico le dé el alta para regresar a trabajar con ciertas restricciones médicas; dichas restricciones deben estar explícitamente establecidas en el certificado para regresar a trabajar o en el alta por escrito. Si recibe un certificado para regresar a trabajar que incluye restricciones médicas, es posible que esté sujeto a una revisión para determinar si una modificación a su trabajo o una adaptación ayudará a que pueda regresar a trabajar.

Notifique a Sedgwick una vez que haya regresado físicamente a trabajar. Si sus beneficios de discapacidad de corto plazo terminaron y no regresó a trabajar ni comunicó sus intenciones, Sedgwick le notificará sus opciones, las cuales incluyen la solicitud de una extensión de su licencia o la renuncia voluntaria a su empleo. Si no solicita una extensión, es posible que su relación laboral finalice.

SI REGRESA A TRABAJAR Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si regresa a trabajar por menos de 30 días calendario de trabajo activo de tiempo completo (con o sin restricciones médicas) y queda discapacitado nuevamente por la misma enfermedad u otra afección relacionada que había causado el primer período de discapacidad, tal como lo define Sedgwick como un “reclamo por recaída/recurrente”, sus beneficios por discapacidad de corto plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No habrá períodos de espera adicionales. La duración del beneficio combinado no debe exceder las 25 semanas.

Si regresa al trabajo activo de tiempo completo por más de 30 días calendario y luego queda discapacitado por la misma causa u otra relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría recibir hasta 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

Si ha regresado al trabajo activo de tiempo completo por cualquier cantidad de días calendario y luego queda discapacitado por una nueva causa no relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría tener hasta un máximo de 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

Licencia intermitente. Si está apto para regresar a trabajar después de un período de discapacidad de corto plazo y debe ausentarse del trabajo periódicamente por motivos relacionados con su discapacidad, notifique su situación a Sedgwick y su centro. Es posible que su tratamiento esté cubierto conforme al reclamo por discapacidad de corto plazo previo por hasta 12 meses a partir de la fecha en que regresa a trabajar de su reclamo por discapacidad de corto plazo. Por lo general, el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados paga el 100 % de su pago básico por la duración de su licencia intermitente aprobada. No deberá utilizar el PTO para las ausencias.

Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal

Si no está trabajando debido a una licencia autorizada o una cesantía temporal que no sea por discapacidad, seguirá siendo elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo durante 90 días desde su último día laboral. Su elegibilidad para los beneficios por discapacidad de corto plazo finaliza el día 91 después del inicio de su permiso de ausencia o cesantía temporal aprobados que no sea por discapacidad, pero se restablecerá si regresa a trabajar. Para obtener más información, consulte [Continuación de los beneficios si tiene permiso de ausencia](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#), que incluye información detallada sobre el pago de beneficios mientras está de licencia.

Cuándo finaliza la cobertura

La cobertura por discapacidad de corto plazo finaliza:

- El momento del cese de su relación laboral.
- El último día del período de pago cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible.
- En la fecha de pérdida de elegibilidad.
- En la fecha de su fallecimiento.
- A los 91 días de un permiso de ausencia aprobado que no sea por discapacidad (a menos que regrese a trabajar);
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía y regresa a trabajar para esta como asociado asalariado, quedará automáticamente reinscrito en el plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados.

Plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión

Plan por discapacidad de corto plazo para conductores de camión	200
Cómo se administra el plan por discapacidad de corto plazo para conductores de camión	200
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios	200
Presentación de un reclamo	201
Cuándo no se pagan los beneficios	201
Su pago después de presentar un reclamo	201
Determinación de beneficios	202
Cuándo comienzan los beneficios	202
Cómo calcular su beneficio	203
Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad de corto plazo	204
Regresar a trabajar	204
Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal	205
Cuándo finaliza la cobertura	205
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	205

Esta información no crea un contrato de trabajo explícito ni implícito, ni cualquier otro compromiso contractual. Walmart puede modificar esta información a su exclusivo criterio sin previo aviso y en cualquier momento, de conformidad con la ley correspondiente.

Plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión

Si no trabaja por un período prolongado debido a que está embarazada, se sometió a una cirugía programada, tiene una enfermedad o sufrió una lesión inesperada, este plan para conductores de camión puede cubrir una parte de su cheque de pago. Cuando no puede trabajar, el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión de Walmart trabaja por usted.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información o presente un reclamo	Ingrese a One.Walmart.com	Llame a Sedgwick al 800-492-5678
Si trabaja en Washington (presentar un reclamo de beneficios estatales)	Ingrese a paidleave.wa.gov	Llame al Estado de Washington al 833-717-2273
Solicite una apelación de un reclamo por discapacidad de corto plazo rechazado	Visite One.Walmart.com/LOA > mySedgwick	Llame a Sedgwick al 800-492-5678

Lo que debe saber sobre el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión

- Si usted es un conductor de camión de tiempo completo, queda inscrito automáticamente en el plan por discapacidad de corto plazo para conductores de camión. La cobertura es efectiva a partir de la fecha de contratación sin costo alguno.
- Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios del plan de discapacidad de corto plazo, el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión reemplaza el 75 % de su pago diario promedio por hasta 25 semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. (Se pueden aplicar diferentes normas para las discapacidades relacionadas con el trabajo que califican para la compensación de trabajador a través de Walmart. Para obtener más información, consulte la tabla [Su beneficio del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión](#)).
- Si su discapacidad se debe a un embarazo, el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión reemplaza el 100 % de su pago diario promedio por hasta nueve semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. Por lo general, no se exige un certificado médico para este beneficio de maternidad del plan de discapacidad de corto plazo.
- El plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión no es un beneficio cubierto por ERISA y no forma parte del Plan de salud y bienestar para asociados.
- Los procedimientos de reclamos y apelaciones descritos en este capítulo aplican al beneficio por discapacidad de corto plazo para conductores de camión en lugar de los procedimientos establecidos en el capítulo [Reclamos y apelaciones](#).

Plan por discapacidad de corto plazo para conductores de camión

Queda automáticamente inscrito en el plan por discapacidad de corto plazo para conductores de camión a partir de la fecha de contratación si es un conductor de camión de tiempo completo. Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte la sección [Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Cómo se administra el plan por discapacidad de corto plazo para conductores de camión

La cobertura por discapacidad de corto plazo para conductores de camión es administrada por Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Sedgwick) y es proporcionada por la compañía sin costo alguno.

Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo, el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, por lo general, paga el 75 % de su pago diario promedio por hasta 25 semanas de un reclamo por discapacidad aprobado, luego de un período de espera inicial de siete días calendario de discapacidad continua. El período de espera comienza en su próximo día de trabajo programado luego de que comienza su discapacidad total. (Las discapacidades que califiquen para la compensación de trabajador a través de Walmart se consideran de manera diferente, tal como se describe en la tabla [Su beneficio del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión](#)).

Si su discapacidad se debe a un embarazo, se considerará que cumple con la definición de discapacidad y el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión pagará un beneficio de maternidad del 100 % de su pago diario promedio durante las primeras nueve semanas de una discapacidad aprobada, luego de un período de espera inicial de siete días calendario.

Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado (Paid Time Off, PTO). Los beneficios por discapacidad de corto plazo para conductores de camión comienzan el día posterior a la finalización del período de espera inicial.

PLANES EXIGIDOS POR LEY

Por lo general, los beneficios por discapacidad de corto plazo proporcionados por algunos gobiernos estatales y locales no afectan su elegibilidad para el plan de beneficio por discapacidad de corto plazo para conductores de camión a través de Walmart o el monto del beneficio que recibe conforme al plan de Walmart.

Una excepción a esta póliza se aplica a todos los asociados que trabajen en el estado de Washington. Estos asociados son elegibles para participar en el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión para complementar los beneficios estatales. Para ser elegible para recibir los beneficios conforme al plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados de Walmart, debe presentar una solicitud a través del gobierno estatal o local para recibir los beneficios exigidos por ley, en la medida permitida por la ley. El monto del beneficio que se recibe conforme al plan de Walmart se reducirá por el monto del beneficio exigido por

ley. Los beneficios totales que se pagan conforme al plan por discapacidad de corto plazo de Walmart no superarán el nivel de beneficios que, de otro modo, se pagan conforme al plan.

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios

Para reunir los requisitos necesarios para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo a través del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe presentar evidencia médica provista por un médico calificado que dé fe de que usted se encuentra discapacitado según la definición del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión (se entiende por "médico calificado" todo médico y profesional de la salud con licencia vigente que no tiene parentesco con usted y presta servicios dentro del alcance de su licencia; esto incluye médicos [Medical Doctors, M.D.], osteópatas [Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.], enfermeros, asistentes médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud reconocidos por el Plan de Salud y Bienestar para Asociados).
- Sedgwick debe aprobar su reclamo.



Si su discapacidad es causada por una enfermedad mental o abuso de sustancias, se le recomienda recibir tratamiento dentro de los 30 días de la primera fecha de ausencia por parte de un psicólogo, psiquiatra o trabajador social clínico con una maestría en trabajo social, que se especialice en salud mental y abuso de sustancias, y que tenga licencia conforme a la ley estatal.

Es posible que Sedgwick exija una prueba escrita de su discapacidad o información adicional antes de tomar una decisión sobre su reclamo. Una declaración de su médico en la que indique que usted no puede trabajar no lo califica en sí para recibir beneficios por discapacidad de corto plazo. La aprobación de un permiso de ausencia no constituye la aprobación para recibir beneficios por discapacidad de corto plazo.

De acuerdo con la definición del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, "discapacitado" o "discapacidad" significa que usted es incapaz de realizar las tareas esenciales de su ocupación de acuerdo con su cronograma laboral normal, o se ha suspendido una licencia requerida para las tareas de su ocupación debido a enfermedad o lesión mental o física, o embarazo. Los beneficios se abonarán durante el período en que haya perdido la licencia solo mientras dure su discapacidad o mientras se logra el restablecimiento oportuno de la licencia. "Restablecimiento oportuno de la licencia" significa que usted lo solicita cuando su estado cumple con los criterios correspondientes y proporciona la información y los formularios requeridos por la agencia que la otorga de manera oportuna hasta que la licencia se restablezca. Sedgwick determinará su discapacidad en función de evidencia médica objetiva, la cual consta de hechos y conclusiones, incluidos, entre otros, radiografías, informes de laboratorio, pruebas, informes realizados por el médico tratante, así como también informes y notas que realice su médico. Además, usted debe estar bajo la atención

permanente de un médico calificado y seguir el curso del tratamiento recetado. Únicamente la pérdida de la licencia no es suficiente para adecuarse a la definición de discapacidad.

Si Sedgwick solicita que lo examine un médico u otro profesional de la salud independiente, debe asistir al examen para que pueda ser considerado para recibir los beneficios.

Si su discapacidad es el resultado de más de una causa, se le pagará como si fuera una. El beneficio máximo para cualquier período de discapacidad se limita a 25 semanas, luego del período de espera inicial.

Si su discapacidad se debe a un embarazo, se considerará que cumple con la definición de discapacidad y Sedgwick no requerirá de evidencia médica objetiva como condición para aprobar su reclamo de discapacidad para recibir el beneficio de maternidad del plan de discapacidad de corto plazo, excepto en las siguientes situaciones:

- Comienza su permiso de ausencia más de dos semanas antes de la fecha estimada de parto.
- No comienza su permiso de ausencia inmediatamente después de la fecha de parto.

Por lo general, el beneficio de maternidad comienza dos semanas antes de la fecha de parto estimada (según lo determine el médico calificado) o en la fecha de parto real.

Presentación de un reclamo

Si sufre una enfermedad o lesión que lo deja incapacitado o tiene previsto comenzar una licencia por maternidad, siga estos pasos:

PASO 1: Notifique a Sedgwick para que solicite un permiso de ausencia y presente un reclamo por discapacidad de corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente del trabajo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Sedgwick le enviará un paquete inicial en el que se encontrará la información que necesita y se describirán las medidas que debe tomar. Notifique a su gerente si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo en Walmart a fin de iniciar un reclamo de compensación para trabajadores. Informe su discapacidad en línea desde [One.Walmart.com/LOA](https://www.walmart.com/LOA) > [mySedgwick](https://www.walmart.com/LOA) o llame al **800-492-5678**.

El procesamiento de su reclamo no se puede iniciar hasta que haya dejado de trabajar. Todos los reclamos para obtener beneficios conforme al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión de Walmart se deben enviar a Sedgwick dentro de los 90 días de la fecha en que comienza su discapacidad. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos que se presenten transcurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

PASO 2: Dígame a su médico que se comunicarán con él para que complete un certificado médico y pedirle que proporcione información médica, incluido lo siguiente:

- Diagnóstico
- Fecha y duración prevista de la discapacidad
- Restricciones y limitaciones
- Conclusiones de exámenes cognitivos o físicos y resultados de pruebas
- Planes de tratamiento
- Notas de las consultas médicas

Debe firmar un formulario que autorice a su médico a divulgar esta información. (Si hace la presentación en línea, se aceptará la firma electrónica).

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



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

Cuándo no se pagan los beneficios

Los beneficios por discapacidad de corto plazo no se pagan por una enfermedad o lesión en los siguientes casos:

- Si a usted no lo atiende ni trata un médico calificado;
- Si es causada por participar en una insurrección, rebelión, disturbio o desorden civil;
- Si son ocasionadas porque usted comete o intenta cometer un delito (p. ej., agresión, violencia, delitos mayores o cualquier ocupación o actividad ilegal);
- Si son el resultado de una actividad laboral remunerada o productiva.

Su pago después de presentar un reclamo

Sedgwick le enviará un paquete inicial cuando presente un reclamo. Tiene hasta la fecha médica de parto, especificada en su paquete inicial, para presentar la documentación médica necesaria. Su pago continuará hasta la fecha de parto, este pago se conoce como “pago provisional”. Si la documentación médica requerida no se aprobó, su pago se suspenderá luego de la fecha de parto.

Presente la documentación médica necesaria lo antes posible. Si no cumple con la fecha médica de parto, se suspenderá el pago a partir del primer día del período de pago en el que caiga. (En caso de embarazo, la verificación de su fecha de parto es la única verificación médica que se requiere para recibir el beneficio de maternidad del plan de discapacidad de corto plazo, a menos que comience su permiso de ausencia más de dos semanas antes de su fecha de parto estimada). Si se aprueba su reclamo, la aprobación será efectiva a partir de la fecha de su discapacidad y el período de pago provisional se contará para la duración de su beneficio de discapacidad.

Si se rechaza su reclamo antes de la fecha médica de parto debido a que sus circunstancias médicas no cumplen con la definición de discapacidad del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, su pago se suspenderá y Walmart intentará recuperar el monto que se le pagó durante el período posterior a su enfermedad o lesión.

El pago provisional no se aplica a los reclamos recurrentes/por recaídas.

Determinación de beneficios

Sedgwick toma una decisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción del reclamo correctamente presentado. El tiempo para una decisión se puede extender por hasta dos periodos de 30 días adicionales. Se le notificará por escrito, antes de cualquier período de extensión, que se necesita una extensión debido a asuntos que están fuera del control de Sedgwick. Se deben identificar dichos asuntos y se le debe proporcionar la fecha en la que Sedgwick tomará una decisión. Si su reclamo se extiende debido a que usted no presenta la información que Sedgwick considera como necesaria para determinar su reclamo, el tiempo de decisión se suspenderá a partir de la fecha en la cual se le envía la notificación de la extensión hasta la fecha en que Sedgwick recibe su respuesta. Si Sedgwick aprueba su reclamo, la decisión contendrá información suficiente para informarle sobre esa decisión.

Si Sedgwick rechaza su reclamo, se le enviará una notificación por escrito sobre el rechazo, la cual incluirá lo siguiente:

- Razones específicas para la decisión.
- Referencia específica a las disposiciones de la póliza en la cual se basa la decisión.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información.
- Una descripción de los procedimientos de revisión y límites de tiempo aplicables a tales procedimientos.
- Si la decisión se basó en una norma, una pauta, un protocolo interno u otro criterio similar para realizar el rechazo, ya sea:
 - La norma, la pauta, el protocolo u otros criterios similares particulares.
 - Una declaración de que la decisión se basó en dicha norma, pauta, protocolo o criterio similar para dictaminar el rechazo y que se le enviará una copia sin cargo cuando la solicite.

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

Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios y desea apelar, debe enviar una apelación oral o por escrito a Sedgwick dentro de los 180 días posteriores al rechazo. Su apelación deberá incluir comentarios, documentos, archivos o cualquier otra información que le gustaría que se considere.

Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. Independientemente de la determinación inicial, su apelación será revisada por una persona que no sea quien decidió sobre su reclamo inicial.

Sedgwick tomará una determinación sobre su apelación dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta 45 días adicionales si se determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta

que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación;
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar la determinación; y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan.

SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE UN RECLAMO POR DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

Si se rechaza su apelación, puede realizar una segunda apelación voluntaria de su rechazo de manera oral o por escrito a Sedgwick. Debe presentar su segunda apelación dentro de los 180 días luego de recibir la notificación escrita del rechazo. Puede presentar comentarios por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Por lo general, los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su primera apelación se aplican a esta segunda apelación voluntaria, tal como se describe anteriormente.

Todas las apelaciones por discapacidad de corto plazo para conductores de camión deben enviarse a:

Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit
P.O. Box 14028
Lexington, Kentucky 40512

Cuándo comienzan los beneficios

Si se aprueban sus beneficios por discapacidad de corto plazo, el beneficio comenzará después de un período de espera de siete días calendario. El período de espera comienza en su próximo día de trabajo programado luego de que comienza su discapacidad. (Las discapacidades relacionadas con el trabajo que sean elegibles para la compensación de trabajador a través de Walmart pueden tener períodos de espera diferentes conforme a la ley estatal).

Para que su pago continúe durante el período de espera inicial de siete días calendario, puede utilizar tiempo libre pagado (Paid Time Off, PTO). Los beneficios por discapacidad de corto plazo para conductores de camión comienzan luego del período de espera inicial. No es necesario utilizar el PTO mientras recibe los beneficios por discapacidad de corto plazo.

Si está recibiendo beneficios por discapacidad de corto plazo al final del año del plan del PTO, consulte la póliza del PTO de su ubicación para obtener información sobre el pago o la transferencia de días.

No acumula PTO adicional mientras esté recibiendo beneficios de discapacidad de corto plazo.

Cómo calcular su beneficio

El monto de su beneficio por discapacidad de corto plazo se basa en su pago diario promedio a partir de su último día trabajado. Si queda discapacitado y es elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo, el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión reemplaza el 75 % de su pago diario promedio a partir del último día previo a su discapacidad por hasta 25 semanas, luego de un período de espera inicial de siete días calendario. No hay un beneficio semanal máximo conforme al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión.

SU BENEFICIO DEL PLAN DE DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
Duración de su discapacidad	Su beneficio es:	
	Si su discapacidad no califica para la compensación de trabajador a través de Walmart	Si padece de una discapacidad relacionada con el trabajo para la compensación de trabajador a través de Walmart
Hasta 26 semanas	<p>Luego de un período de espera inicial de 7 días calendario, 75 % de su pago diario promedio. El período de espera comienza en su próximo día de trabajo programado luego de que comience su discapacidad total.</p> <p>Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua.</p> <p>Por ejemplo, si su pago diario promedio durante la semana suma un total de \$1,000, el 75 % de \$1,000 es un beneficio semanal de \$750.</p>	<p>75 % de su pago diario promedio. Sedgwick pagará el 75 % durante el período de espera de compensación de trabajador estatal; por lo tanto, la compensación de trabajador pagará en función de la tarifa de compensación del estado. Sedgwick “completará” este pago al 75 %. Si la tarifa de compensación del estado es mayor que el 75 %, no recibirá beneficios adicionales por parte de Sedgwick.</p> <p>Por ejemplo, si su beneficio por compensación de trabajador o su beneficio anticipado es el 66 %, el beneficio por discapacidad de corto plazo proporcionará el 9 % de su salario.</p> <p>La compensación de trabajador no es gravable, mientras que los beneficios por discapacidad de corto plazo sí lo son.</p> <p>Los beneficios por discapacidad de corto plazo se pagan a través del cheque de pago, mientras que la compensación de trabajador se paga a través de un cheque por separado.</p>
<p>NOTA: En el caso de los asociados que trabajan en Washington y reúnen los requisitos para recibir los beneficios exigidos por ley, así como los beneficios del plan por discapacidad de corto plazo para conductores de camión de Walmart, el monto del beneficio que se recibe conforme al plan por discapacidad de corto plazo de Walmart se reducirá según el monto del beneficio exigido por ley.</p>		

Si se paga un beneficio por menos de una semana, su pago se basará en el 75 % de su pago diario promedio multiplicado por su cronograma por cada día que quedó discapacitado.

NOTA: La compensación de trabajador y los beneficios de discapacidad de corto plazo se realizan como pagos separados, excepto en los estados de Texas y Wyoming, donde el beneficio completo se incluye en el pago que recibe por parte de Walmart.

BENEFICIO POR MATERNIDAD

Los beneficios por maternidad en virtud del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión son de la siguiente manera:

BENEFICIO DE MATERNIDAD		
Duración del beneficio	Su beneficio es:	Si usted es elegible para recibir los beneficios exigidos por ley en WA:
Hasta 9 semanas*	<p>100 % de su pago diario promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.</p> <p>Los beneficios por maternidad conforme al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión comienzan el 8.º día calendario luego del inicio de la discapacidad elegible. Puede utilizar el PTO durante sus primeros 7 días calendario de discapacidad continua.</p>	<p>Los beneficios exigidos por ley se pagan a la tarifa del gobierno estatal o local correspondiente; el beneficio de maternidad de discapacidad de corto plazo para conductor de camión de Walmart compensará la diferencia entre el beneficio del gobierno local o estatal y el 100 % de su pago diario promedio luego de un período de espera inicial de 7 días calendario.</p>
<p>* También puede ser elegible para recibir un pago por cuidado familiar y parental adicional equivalente al 100 % de su pago diario promedio. Para obtener más información, consulte la póliza sobre el pago por cuidado familiar y parental en One.Walmart.com.</p>		

Si comienza su licencia por discapacidad de corto plazo en la fecha de parto o hasta dos semanas antes de la fecha de parto estimada, se considerará que cumple con la definición de discapacidad del plan y que reúne los requisitos para recibir los beneficios de discapacidad por maternidad.

Si comienza su permiso de ausencia después de la fecha real de parto, solo será elegible para recibir los beneficios de discapacidad que no estén relacionados con la maternidad.

Si experimenta complicaciones médicas durante el embarazo o después del parto, es posible que los beneficios se paguen conforme al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión luego de que finalice la duración de nueve semanas de los beneficios de maternidad si todavía cumple con la definición de discapacidad. Los beneficios podrían ser equivalentes al 75 % de su pago diario promedio desde la semana 11 hasta la semana 25.

LOS IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

La compañía proporciona sin cargo los beneficios que cobre conforme al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión. Debido a que no realiza contribuciones al plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión, los beneficios que se le pagan están sujetos a impuestos. Por lo general, Walmart retiene los impuestos locales, estatales, federales y de seguridad social del monto de los pagos de sus beneficios.

El plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión tiene el derecho de cobrarle y usted debe pagar cualquier monto que se le haya pagado de más por beneficios de discapacidad de corto plazo como parte de este plan. Consulte las secciones [Derecho del plan de recuperar un pago excesivo](#) y [Derecho a deducción de sueldo o salario](#) del capítulo [Reclamos y apelaciones](#). Si no reembolsa a tiempo todo monto pagado de más, la compañía puede deducir tales importes de su cheque de pago o de pagos futuros de beneficios de discapacidad, en la medida permitida por la ley.

Cuándo finalizan los beneficios por discapacidad de corto plazo

Si está recibiendo pagos de beneficios por discapacidad de corto plazo del plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión a causa de un reclamo por discapacidad aprobado, los pagos de sus beneficios del plan terminarán de acuerdo con lo que ocurra primero:

- Cuando deje de reunir los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan.
- Cuando no presente las pruebas necesarias de discapacidad cuando lo solicite Sedgwick.
- Cuando usted ya no esté bajo la atención y el tratamiento permanentes de un médico calificado.
- Cuando se niegue a ser examinado, si Sedgwick así lo exigiera;
- El último día del período máximo en que se pagan los beneficios (cuando finalicen las 25 semanas o nueve semanas en el caso de los beneficios por maternidad).
- El día en que esté médicamente apto y calificado para trabajar en un puesto de tiempo completo similar que Walmart le ofrezca.

- La fecha en que finaliza su relación laboral;
- La fecha de su fallecimiento.

Cuando sus beneficios por discapacidad de corto plazo finalizan y no regresa a trabajar por cualquier motivo, debe solicitar una extensión de su licencia; si no lo hace, podría dar lugar a la finalización de su relación laboral.

Regresar a trabajar

Sedgwick se pondrá en contacto con usted antes de la fecha de regreso al trabajo prevista y le informará los pasos que deberá seguir, incluso cómo obtener un certificado médico para regresar a trabajar. En algunos casos, es posible que su médico le dé el alta para regresar a trabajar con ciertas restricciones médicas; dichas restricciones deben estar explícitamente establecidas en el certificado para regresar a trabajar o en el alta por escrito. Si recibe un certificado para regresar a trabajar que incluye restricciones médicas, es posible que esté sujeto a una revisión para determinar si una modificación a su trabajo o una adaptación ayudará a que pueda regresar a trabajar.

Notifique a Sedgwick una vez que haya regresado físicamente a trabajar. Si sus beneficios de discapacidad de corto plazo terminaron y no regresó a trabajar ni comunicó sus intenciones, Sedgwick le notificará sus opciones, las cuales incluyen la solicitud de una extensión de su licencia o la renuncia voluntaria a su empleo. Si no solicita una extensión, es posible que su relación laboral finalice.

SI REGRESA A TRABAJAR Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si regresa a trabajar por menos de 30 días calendario de trabajo activo de tiempo completo (con o sin restricciones médicas) y queda discapacitado nuevamente por la misma enfermedad u otra afección relacionada que había causado el primer período de discapacidad, tal como lo define Sedgwick como un “reclamo por recaída/recurrente”, sus beneficios por discapacidad de corto plazo continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No habrá períodos de espera adicionales. La duración del beneficio combinado no debe exceder las 25 semanas.

Si ha regresado al trabajo activo de tiempo completo por más de 30 días calendario y luego queda discapacitado por la misma causa u otra relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría recibir hasta 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

Si ha regresado al trabajo activo de tiempo completo por cualquier cantidad de días calendario y luego queda discapacitado por una nueva causa no relacionada, se considerará una nueva discapacidad y podría tener hasta un máximo de 25 semanas de beneficios. Se aplicará un nuevo período de espera de beneficios de siete días calendario.

Licencia intermitente. Si está apto para regresar a trabajar después de un período de discapacidad de corto plazo y debe ausentarse del trabajo periódicamente por motivos relacionados con su discapacidad, notifique su situación a Sedgwick y su centro. Es posible que su tratamiento esté cubierto conforme al reclamo por discapacidad de corto plazo previo por hasta 12 meses a partir de la fecha en que regresa a trabajar de su reclamo por discapacidad de corto

plazo. Por lo general, el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión paga el 100 % de su pago diario promedio por la duración de su licencia intermitente aprobada. No deberá utilizar el PTO para las ausencias.

Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal

Si no está trabajando debido a una licencia autorizada o una cesantía temporal que no sea por discapacidad, seguirá siendo elegible para recibir los beneficios por discapacidad de corto plazo durante 90 días desde su último día laboral. Su elegibilidad para los beneficios por discapacidad de corto plazo finaliza el día 91 después del inicio de su permiso de ausencia o cesantía temporal aprobados que no sea por discapacidad, pero se restablecerá si regresa a trabajar. Para obtener más información, consulte [Continuación de los beneficios si tiene permiso de ausencia](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#), que incluye información detallada sobre el pago de beneficios mientras está de licencia.

Cuándo finaliza la cobertura

La cobertura por discapacidad de corto plazo finaliza:

- El momento del cese de su relación laboral.
- El último día del período de pago cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible.
- En la fecha de pérdida de elegibilidad.
- En la fecha de su fallecimiento.
- A los 91 días de un permiso de ausencia aprobado que no sea por discapacidad (a menos que regrese a trabajar);
- Cuando la compañía deja de ofrecer el beneficio.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía y regresa a trabajar para esta como un conductor de camión de tiempo completo, quedará automáticamente reinscrito en el plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión.

Plan de discapacidad de largo plazo

Los planes de LTD	208
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD	208
Presentación de un reclamo por LTD	209
Cuándo no se pagan los beneficios	209
Cuándo comienzan los beneficios	209
Cómo calcular su beneficio	209
Si está discapacitado y trabaja	211
Cuándo finalizan los beneficios por LTD	211
Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente	212
Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal	212
Cuándo finaliza la cobertura	212
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	213
Si pierde y luego recupera la elegibilidad	213

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Lincoln Financial Group (Lincoln) respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con Lincoln.

Plan de discapacidad de largo plazo

Si queda discapacitado y no puede trabajar, el plan de discapacidad de largo plazo de la compañía puede ayudarlo. Cuando se inscribe, el plan trabaja con otros beneficios que recibe durante la discapacidad para reemplazar parte de su cheque de pago.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información o presente un reclamo	Ingrese a One.Walmart.com	Llame a Lincoln al 800-492-5678

Lo que debe saber sobre la discapacidad de largo plazo

- Walmart ofrece un plan de discapacidad a largo plazo (long-term disability, LTD) y un plan LTD mejorado. Si usted es asociado de tiempo completo pagado por hora o asociado gerencial, es elegible para inscribirse en el plan.
- Los planes de LTD actúan junto con cualquier otro beneficio que reciba mientras se encuentra discapacitado y reemplaza el 50 % de su salario mensual promedio bajo el plan de LTD y 60 % de su salario mensual promedio bajo el plan de LTD mejorado.
- Si se inscribe en cualquiera de los planes después de su período de elegibilidad inicial, su cobertura por discapacidad de largo plazo no comenzará hasta que complete un período de espera de 12 meses.

Los planes de LTD

Usted es elegible para inscribirse en la cobertura por LTD si es un asociado de tiempo completo pagado por hora o un asociado gerencial. Para obtener información sobre las clasificaciones laborales elegibles, consulte la sección **Inscripción, elegibilidad y fechas efectivas por clasificación laboral** en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Puede elegir uno de los dos planes disponibles:

- **El plan de LTD:** Proporciona hasta 50 % de su salario mensual promedio, hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000 luego del período de espera de los beneficios, si queda discapacitado según lo define el Plan.
- **El plan de LTD mejorado:** Proporciona hasta 60 % de su salario mensual promedio, hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000 luego del período de espera de los beneficios, si queda discapacitado según lo define el Plan.

Ambos planes están asegurados con Lincoln. Para obtener más información sobre su período de espera, consulte **Cuándo comienzan los beneficios por LTD** más adelante en este capítulo. Para obtener más información acerca de su salario mensual promedio, consulte **Cómo calcular su beneficio** más adelante en este capítulo.

La fecha de inicio de su cobertura depende de cuándo se inscribió:

- Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, su cobertura comienza en la fecha efectiva, según lo detallado en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.
- Si se inscribe después de transferirse de una clasificación laboral elegible a otra, su cobertura comenzará en la fecha efectiva. Para obtener más información sobre su período de inscripción inicial y su fecha de entrada en vigencia, consulte el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.
- Si se inscribe en cualquier momento posterior al período de inscripción inicial, se lo considerará como inscrito fuera de término y deberá completar un período de espera de 12 meses antes de que su cobertura entre en vigencia, como se describe a continuación. Durante el período de espera de 12 meses no debe pagar primas para el plan LTD ni para el plan LTD mejorado.
 - Si se inscribió fuera de término por un evento de cambio de estado, su período de espera de 12 meses comenzará el día del evento.
 - Si se inscribió fuera de término durante una Inscripción Anual, su período de espera de 12 meses comenzará el día en que se haya inscrito.

Puede dar de baja la cobertura del plan de LTD o el plan mejorado de LTD en cualquier momento; el cambio entrará en vigor el día posterior a la baja de su cobertura. Si da de baja la cobertura por LTD y más tarde vuelve a inscribirse, será considerado como inscrito fuera de término y tendrá un período de espera de 12 meses, como se describe anteriormente.

Para recibir los beneficios conforme al plan de LTD o al plan mejorado de LTD, debe estar trabajando activamente al momento de quedar discapacitado.

COSTO DEL PLAN DE LTD

El costo de su cobertura por LTD depende de sus ganancias quincenales, su edad y si seleccionó el plan de LTD o el plan de LTD mejorado. Las primas se deducen de todo el salario, incluidas las bonificaciones. No se le exige que pague primas de LTD con ningún pago de beneficios por LTD que reciba. Sin embargo, si recibe cualquier otro ingreso, incluidas bonificaciones, a través del sistema de pagos de Walmart mientras recibe beneficios por LTD, sus primas se retendrán de esos pagos.

Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD

Según los términos del plan de LTD y LTD mejorado, “discapacidad” o “discapacitado” significa que, debido a una lesión o enfermedad cubierta durante el período de espera de beneficios y durante los 24 meses siguientes de discapacidad, usted es incapaz de desempeñar las obligaciones materiales y sustanciales de su ocupación, y después de 24 meses de pagos de beneficios, usted es incapaz de desempeñar las obligaciones materiales y sustanciales de cualquier ocupación.

Para determinar si usted sufre una discapacidad, Lincoln no tiene en cuenta los factores del empleo, como conflicto interpersonal en el lugar de trabajo, recesión, obsolescencia laboral, recorte de pagos, trabajos compartidos o pérdida de una autorización o licencia profesional u ocupacional.

A fin de ser elegible para recibir los beneficios por LTD:

- Usted debe estar incapacitado de regresar al trabajo luego del período de espera inicial del beneficio por discapacidad.
- Usted debe continuar bajo la atención adecuada de un médico calificado (se incluyen, entre los médicos calificados, a los médicos y profesionales de la salud que no tienen parentesco con usted y prestan servicios dentro del alcance de sus licencias).
- Lincoln debe recibir y aprobar los certificados junto con la documentación médica de respaldo de una discapacidad que envíe su médico calificado antes de que se considere el pago de los beneficios.

Con respecto a las personas cubiertas empleadas como pilotos y copilotos de una aeronave: “discapacidad” o “discapacitado” también significa que, como resultado de una dolencia o enfermedad, no puede desempeñar sus obligaciones materiales y sustanciales de su propia ocupación conforme a las normas de aptitud aplicables de la Administración Federal de Aviación.

EXCLUSIÓN POR AFECCIÓN PREEXISTENTE

No recibirá beneficios por LTD por cualquier afección, diagnosticada o no, por la cual haya recibido tratamiento durante los 90 días previos a su fecha de entrada en vigencia a menos que no haya recibido tratamiento o por toda afección preexistente relacionada que persista más de 365 días mientras está asegurado. Según los términos de la exclusión por afección preexistente, se entiende que

está “bajo tratamiento” cuando consulta a un profesional de la salud o recibe atención o servicios médicos bajo la dirección de un médico, que incluye medidas para obtener un diagnóstico, la prescripción de medicamentos (ya sea que decida tomarlos o no) y el consumo de medicamentos.

Si se cambia del plan de LTD (beneficio del 50 %) al plan mejorado de LTD (beneficio del 60 %), la exclusión por afección preexistente se aplicará al monto de la cobertura adicional. Si cumplió con el requisito de afección preexistente del plan de LTD (beneficio del 50 %) y, luego, queda discapacitado antes de cumplir la exclusión por afección preexistente del plan mejorado de LTD (beneficio del 60 %), solo recibirá los beneficios conforme al plan de LTD (beneficio del 50 %).

Presentación de un reclamo por LTD

Si tiene un reclamo por discapacidad de corto plazo aprobado y es elegible para recibir los beneficios por LTD, su reclamo se transferirá automáticamente de Sedgwick a Lincoln. Apenas sepa que necesitará utilizar su beneficio por LTD, puede comunicarse con Lincoln al **800-492-5678**. Lincoln le proporcionará información adicional sobre cómo completar su reclamo.

Los asociados que reciben beneficios de compensación para trabajadores y están inscritos en el plan de LTD y el plan de LTD mejorado pueden ser elegibles para recibir beneficios por discapacidad una vez que finalice su período de espera. Llame a Lincoln al **800-492-5678** para informar un reclamo por LTD.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Consulte el capítulo **Reclamos y apelaciones** para conocer más detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagan beneficios por ningún reclamo de LTD cuya causa esté relacionada con lo siguiente:

- Guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra;
- Participación activa en disturbios;
- Cometer o intento de cometer un delito común o delito menor;
- Cirugía plástica, a menos que dicha cirugía esté relacionada con una lesión o enfermedad mientras usted tiene cobertura.

No se paga ningún beneficio durante ningún período de encarceración.

Cuándo comienzan los beneficios

Si Lincoln lo aprueba para recibir los beneficios por LTD, estos comenzarán después de su período de espera: 26 semanas o al final de sus beneficios por discapacidad de corto plazo, lo que ocurra más tarde.

No es necesario utilizar el tiempo libre pagado (PTO) mientras recibe los beneficios por LTD. Si está recibiendo los beneficios por LTD al final del año del plan del PTO, consulte la póliza del PTO de su ubicación para obtener

información sobre el pago o la transferencia de días. No acumula PTO adicional mientras está recibiendo beneficios por LTD.

SI REGRESA A TRABAJAR DURANTE SU PERÍODO DE ESPERA Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si deja de estar discapacitado y regresa a trabajar a tiempo completo por un total de 60 días calendario o menos durante un período de espera, se interrumpirá el período de espera y deberá cubrir el saldo del período de espera si queda discapacitado otra vez. Si vuelve a trabajar durante un total de más de 60 días calendario mientras cumple su período de espera del beneficio, debe cumplir con un nuevo período de espera completo del beneficio si vuelve a quedar discapacitado antes de ser elegible para recibir los beneficios por LTD.

Cómo calcular su beneficio

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

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

SALARIO MENSUAL PROMEDIO	
Duración del empleo	Cómo se determina el salario mensual promedio
Empleado durante 12 meses o más	Ingresos previos anuales anteriores a la discapacidad ÷ 12 meses Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos previos anuales anteriores a la discapacidad de \$36,000 es \$3,000 (\$36,000 ÷ 12).
Empleado durante menos de 12 meses	Ingresos previos anuales anteriores a la discapacidad ÷ cantidad de meses trabajados Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos previos anuales anteriores a la discapacidad de \$21,000 por siete meses de empleo es \$3,000 (\$21,000 ÷ 7).

Los ingresos anuales anteriores a la discapacidad incluyen los siguientes:

- Horas extras;
- Bonificaciones;
- Tiempo libre pagado (excepto los beneficios por discapacidad pagados anteriormente);
- Pago personal por los 26 períodos de pago (52 si recibe pagos semanales) previos a su último día de trabajo. Cualquier período de pago en el que no registra ingresos queda excluido, lo que reduce la cantidad de períodos de pagos para el cálculo.

No se incluyen comisiones ni ninguna otra compensación adicional ni beneficios alternativos.

Si ha estado empleado por menos de 12 meses, se utilizará un promedio anualizado de ganancias.

A continuación, verá cómo funciona su beneficio por LTD:

SU BENEFICIO POR LTD	
Si está inscrito	Su cobertura es
en el plan de LTD	50 % de su salario mensual promedio menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted o su familia sean elegibles (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*), hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000.
en el plan de LTD mejorado	60 % de su salario mensual promedio menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted o su familia sean elegibles (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*), hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000.
* Para obtener más información, consulte Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por LTD .	

Su beneficio no será inferior a los \$100 o al 10 % de su beneficio bruto, el que sea superior, en ningún mes en que sea elegible para recibir beneficios por LTD. El total de su pago mensual por discapacidad, más todos los ingresos, no puede exceder el 100 % de su salario mensual promedio anterior a la discapacidad.

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

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

IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR LTD

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

OTROS BENEFICIOS O INGRESOS QUE REDUCEN LOS BENEFICIOS POR LTD

El monto de su beneficio por discapacidad de largo plazo se reduce o compensa por otros beneficios o ingresos que usted o su familia reciban o sean elegibles para recibir. Entre los ejemplos, se incluyen ingresos provenientes de:

- Seguro por discapacidad de Seguridad Social;
- Beneficios jubilatorios de Seguridad Social otorgados después de la fecha de la discapacidad;
- Compensación para trabajadores;
- Pólizas individuales relacionadas con el empleador;
- Seguros de automóvil sin falta;

- Cualquier beneficio de discapacidad de corto plazo en curso que se pague conforme a la cobertura por discapacidad de corto plazo de Walmart (p. ej., beneficios relacionados con recaídas);
- Plan de jubilación del empleador que comienza después de la fecha de la discapacidad; o
- Convenio o fallo, menos los costos asociados de una demanda, que represente o compense su pérdida de ingresos.

Si alguno de estos beneficios que reducen sus beneficios por LTD es ajustado posteriormente con incrementos del costo de vida, su beneficio por LTD no será reducido. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las compensaciones. Puede obtener una copia de la póliza de LTD llamando a Lincoln al **800-492-5678**.

EJEMPLO: REDUCCIÓN DEL BENEFICIO POR LTD		
Salario anual: \$36,000	Plan de LTD (50 %)	Plan de LTD mejorado (60 %)
Salario mensual promedio	\$3,000	\$3,000
Monto del beneficio (porcentaje del salario mensual promedio, sujeto al máximo mensual)	\$1,500	\$1,800
Menos el beneficio por discapacidad del sistema de Seguridad Social	- \$750	- \$750
Menos los beneficios de Seguridad Social estimados que reciben los dependientes	- \$375	- \$375
Pago del beneficio por LTD (mensual)	\$375	\$675

CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL

Puede ser elegible para recibir beneficios por discapacidad de Seguridad Social después de haber estado discapacitado durante cinco meses. Si su discapacidad duró, o se prevé que durará 12 meses consecutivos, los términos de la póliza de la cobertura por LTD pueden requerir que solicite los beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social. Si la Administración de Seguridad Social le niega la solicitud de beneficios, deberá seguir el proceso de apelación de la Administración de Seguridad Social.

Si no solicita beneficios por discapacidad de Seguridad Social se podrían reducir sus beneficios de jubilación de Seguridad Social cuando llegue a la edad de jubilarse. Si reúne los requisitos para obtener beneficios jubilatorios o por discapacidad de Seguridad Social mientras recibe beneficios del plan de LTD y su reclamo de discapacidad ante la agencia se aprueba de manera retroactiva, debe reembolsar a Lincoln los beneficios por LTD que se hayan pagado de más durante el período cubierto por la aprobación retroactiva de Seguridad Social.

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

Si está discapacitado y trabaja

Puede reunir los requisitos para recibir los beneficios de discapacidad si está parcialmente discapacitado. En el contexto del Plan, “discapacidad parcial” y “parcialmente discapacitado” significan que, como resultado de una enfermedad o lesión, usted puede hacer lo siguiente:

- Realizar una o más tareas materiales y sustanciales propias o de una ocupación de tiempo completo o tiempo parcial, aunque no todas; o
- Realizar todas las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación trabajando a tiempo parcial; y
- Ganar entre el 20 % y el 80 % de sus ingresos anteriores a la discapacidad indexados.

Sus “ingresos mensuales anteriores a la discapacidad” se refieren a su salario mensual regular vigente para los 26 períodos de pago regulares (52, si recibe un pago semanal) inmediatamente anterior a su último día trabajado, dividido por 12. Los ingresos anteriores a la discapacidad incluyen el pago de horas extra, bonificaciones, tiempo libre pagado, días de vacaciones, protección contra enfermedades y tiempo de uso personal, pero no las comisiones, otros beneficios alternativos ni una compensación adicional. Si ha trabajado con la compañía por menos de 12 meses, su pago mensual regular se basará en los ingresos totales que recibió mientras trabajaba para la compañía inmediatamente anteriores a la fecha en que quedó discapacitado, anualizados y divididos por 12.

Sus “ingresos mensuales indexados anteriores a la discapacidad” se refieren a sus ingresos anteriores a la discapacidad que aumentan anualmente en un 7 % o el cambio de porcentaje en el índice de precios al consumidor, lo que sea menor.

Lincoln ofrece un beneficio de incentivo laboral durante los primeros tres meses que usted queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando. Continuará recibiendo el monto completo de su beneficio mensual durante los primeros tres meses si queda parcialmente discapacitado, a menos que su beneficio e ingresos mensuales actuales superen sus ingresos mensuales anteriores a la discapacidad. Su beneficio mensual se reducirá por el monto excedido a fin de que el beneficio mensual más sus ingresos no superen el 100 % de sus ingresos mensuales anteriores a la discapacidad.

Luego de los primeros tres meses que queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando, el siguiente cálculo se utiliza para determinar su beneficio mensual para una discapacidad parcial.

CÁLCULO DE BENEFICIOS SI ESTÁ DISCAPACITADO Y TRABAJA	
$\frac{(A - B) \times C}{A} = D$	
A	Sus ingresos mensuales indexados anteriores a la discapacidad
B	Sus ingresos mensuales actuales
C	El beneficio mensual que se pagaría si reuniera los requisitos para ser discapacitado
D	Beneficio a pagar si está discapacitado y trabaja

SI FALLECE MIENTRAS RECIBE BENEFICIOS POR LTD

La cobertura de los planes de LTD finaliza con su fallecimiento. Sin embargo, si fallece mientras está recibiendo beneficios por LTD, se le pagará una suma única de \$5,000 o tres veces su beneficio por LTD mensual bruto, el que sea superior, a su cónyuge/pareja sobreviviente. Si no lo sobrevive un cónyuge/pareja, el pago se realizará a sus hijos sobrevivientes en partes iguales, incluidos los hijastros y los hijos legalmente adoptados. Sin embargo, si alguno de estos hijos es menor de edad o está incapacitado, el pago se realizará en su nombre al tutor legal de los bienes de los hijos designado por un tribunal. Si no lo sobreviven un cónyuge/pareja o hijos, el pago se realizará a sus herederos.

Cuándo finalizan los beneficios por LTD

Los pagos de beneficios por LTD finalizan cuando se cumpla la primera de las siguientes condiciones:

- La fecha en que no presente prueba de que continúa con la discapacidad y consulta regularmente a un médico.
- La fecha en que no coopera con la administración de su reclamo. Por ejemplo, brindar información o documentos necesarios para determinar si se pagarán los beneficios o determinar el monto del beneficio.
- La fecha en que se rehúsa a ser examinado o evaluado a intervalos razonables.
- La fecha en que se rehúsa a recibir tratamiento adecuado disponible.
- La fecha en que rechaza un trabajo similar en Walmart, que ofrece un salario comparable al suyo, en el cual se realizan modificaciones o ajustes en el lugar de trabajo para permitirle realizar su tarea.
- En el momento en que pueda trabajar en su propia ocupación a tiempo parcial pero elija no hacerlo.
- La fecha en que sus ganancias mensuales por discapacidad parcial superen el 80 % de sus ingresos anteriores a la discapacidad indexados.
- Cuando ya no cumpla con la definición de discapacidad del plan.
- El último día de su período máximo en el cual recibirá los beneficios (consulte las tablas en la siguiente página).
- La fecha de su fallecimiento.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS BENEFICIOS POR LTD	
Edad cuando quedó discapacitado	Duración de los beneficios (meses de beneficios por LTD)
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de jubilación (según se indica a continuación)
62	48 meses
63	42 meses
64	36 meses
65	30 meses
66	27 meses
67	24 meses
68	21 meses
69 o más	18 meses

EDAD NORMAL DE JUBILACIÓN SEGÚN LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	
Año de nacimiento	Edad normal de jubilación
1937 o antes	65
1938	65 + 2 meses
1939	65 + 4 meses
1940	65 + 6 meses
1941	65 + 8 meses
1942	65 + 10 meses
1943 hasta 1954	66
1955	66 + 2 meses
1956	66 + 4 meses
1957	66 + 6 meses
1958	66 + 8 meses
1959	66 + 10 meses
1960 o después	67

SI LA DISCAPACIDAD SE DEBE A UNA ENFERMEDAD MENTAL, ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN

Para recibir beneficios por discapacidad de largo plazo por más de 24 meses para las siguientes discapacidades, debe estar internado en un hospital u otra institución autorizada para proporcionar atención médica:

- Enfermedad mental (no incluye daño cerebral estructural y demostrable);
- Cualquier afección que sea consecuencia de una enfermedad mental;
- Alcoholismo;
- Uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o sustancias similares.

Cuando no está internado en un hospital u otra institución autorizada, tiene un beneficio de 24 meses para estas discapacidades, a menos que participe totalmente de un plan de tratamiento extendido para la afección que ocasionó la discapacidad, en cuyo caso el beneficio se paga hasta 36 meses.

Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente

Si se reincorpora al trabajo por menos de seis meses de trabajo activo de tiempo completo y queda totalmente discapacitado otra vez por la misma afección u otra afección relacionada que haya causado el primer período de discapacidad, según lo define Lincoln como “reclamo por recaída/recurrente”, la discapacidad recurrente formará parte de la misma discapacidad.

Sus beneficios por LTD continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No habrá períodos de espera adicionales. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará la máxima duración que figura en la tabla que aparece a la izquierda.

Si regresa al trabajo como asociado de tiempo completo por seis meses o más, cualquier recurrencia de una discapacidad se tratará como una discapacidad nueva. Se deberá cumplir un nuevo período de espera de beneficios.

Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal

Una vez que comienza su cobertura por LTD y usted es elegible para presentar un reclamo por beneficios, si no está trabajando activamente debido a un permiso de ausencia o una cesantía temporal aprobada que no sea por discapacidad, seguirá siendo elegible para recibir los beneficios por LTD durante 90 días desde su último día laboral. Su elegibilidad para los beneficios por LTD finaliza el día 91 después del inicio de su permiso de ausencia o cesantía temporal aprobada que no sea por discapacidad, pero es restablecida si regresa a trabajar activamente dentro del plazo de un año. Para obtener más información, consulte [Continuación de los beneficios si tiene permiso de ausencia](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#), que incluye información detallada sobre el pago de beneficios mientras está de licencia.

Cuándo finaliza la cobertura

Su cobertura por LTD finaliza:

- Al momento del cese de su relación laboral, a menos que se haya ausentado debido a una discapacidad durante el período de espera de beneficios de 26 semanas y cualquier período durante el cual esté exento de los pagos de las primas.
- El último día del período de pago cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible.
- Ante la imposibilidad de pagar sus primas.
- En la fecha de pérdida de elegibilidad.
- Si no regresa a trabajar después del último día de un permiso de ausencia aprobado.
- Cuando la empresa deja de ofrecer el beneficio.
- El día después de que usted da de baja la cobertura.
- En la fecha de su fallecimiento.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía y regresa a trabajar a tiempo completo dentro de las 13 semanas, quedará automáticamente reinscrito en el mismo plan de cobertura que tenía antes de abandonar la empresa (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si se lo inscribe automáticamente en el plan de LTD o el plan de LTD mejorado y decide darlo de baja cuando se reincorpora a la empresa, podrá cancelarlo en cualquier momento.

Si regresa a su trabajo de tiempo completo después de 13 semanas, se lo considerará como recientemente elegible y puede inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritas en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Si pierde y luego recupera la elegibilidad

Si pierde la elegibilidad, pero la recupera dentro de los 30 días, quedará automáticamente reinscrito en la misma cobertura que tenía antes de perder la elegibilidad (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan).

Si pierde la elegibilidad y luego la recupera después de los 30 días, se lo considerará como recientemente elegible y puede inscribirse para recibir la cobertura según los períodos de tiempo y las condiciones descritas en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Discapacidad de largo plazo para conductores de camión

Planes por LTD para conductores de camiones	216
Cuándo se es elegible para recibir los beneficios por LTD para conductores de camión	216
Cómo presentar un reclamo por discapacidad a largo plazo para conductores de camión	217
Cuándo no se pagan los beneficios	217
Cuándo comienzan los beneficios por LTD para conductores de camión	217
Cómo calcular su beneficio	218
Si está discapacitado y trabaja	219
Cuándo finalizan los beneficios por LTD para conductores de camión	220
Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente	221
Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal	221
Cuándo finaliza la cobertura	221
Si deja la compañía y lo contratan nuevamente	221
Si pierde y luego recupera la elegibilidad	221

Esta información pretende ser un resumen de sus beneficios y es posible que no incluya todas las condiciones de la póliza. Si existen diferencias entre este documento y la póliza emitida por Lincoln Financial Group (Lincoln) respecto del cálculo de los beneficios y las limitaciones en virtud de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puede obtener una copia de esta póliza si se comunica con el Plan.

Discapacidad de largo plazo para conductores de camión

Si una discapacidad no le permite conducir ni trabajar, este plan le brinda otros beneficios que puede recibir para reemplazar parte de su cheque de pago. Existen dos planes de discapacidad de largo plazo para conductores de camiones que pagan beneficios durante períodos diferentes.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Obtenga más información o presente un reclamo	Ingrese a One.Walmart.com	Llame a Lincoln al 800-492-5678

Lo que debe saber sobre la discapacidad de largo plazo para conductores de camión

- Walmart les ofrece a los conductores de camiones un plan de discapacidad de largo plazo (long-term disability, LTD) y un plan mejorado de LTD. Si trabaja como conductor de camión de tiempo completo, es elegible para inscribirse en cualquiera de los dos planes. Cada uno ofrece la posibilidad de contratar una cobertura por tiempo indefinido o una cobertura por cinco años.
- El plan por LTD para conductores de camión actúa junto con cualquier otro beneficio que reciba mientras se encuentra discapacitado y reemplaza el 50 % de su salario mensual promedio si selecciona el plan de LTD para conductores de camión o el 60 % de su salario mensual promedio si selecciona el plan de LTD mejorado para conductores de camión.
- Si se inscribe en cualquiera de los planes una vez finalizado el período de elegibilidad inicial, deberá presentar una constancia de asegurabilidad y es posible que le exijan que se realice un examen médico a su propio cargo antes de aprobar su cobertura.

Planes por LTD para conductores de camiones

Usted es elegible para inscribirse en la cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión si es un conductor de camión de tiempo completo. Puede elegir entre dos planes de cobertura, cada uno de los cuales ofrece dos opciones:

- **Plan de LTD**
 - Cobertura por cinco años
 - Cobertura por tiempo indefinido
- **Plan de LTD mejorado**
 - Cobertura por cinco años
 - Cobertura por tiempo indefinido

A continuación se describe el pago de beneficios para las opciones de planes LTD para conductores de camión.

Ambos planes están asegurados con Lincoln.

LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
	PLAN DE LTD	PLAN DE LTD MEJORADO
Cobertura por cinco años	Paga el 50 % del salario mensual promedio hasta cubrir un beneficio mensual máximo de \$15,000.	Paga el 60 % del salario mensual promedio hasta cubrir un beneficio mensual máximo de \$18,000.
	<p>Ambos planes pagan beneficios durante 60 meses, a menos que el período más largo de los descritos a continuación no llegue a los 60 meses, en cuyo caso se pagará el beneficio mensual para el período más largo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El período que se muestra en la tabla Máxima duración de la LTD para conductores de camión (más adelante en este capítulo) o • El período entre la fecha en la que se produce la discapacidad y la edad normal de jubilación según la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) que se muestra en el cuadro Edad normal de jubilación según la Administración de Seguridad Social (más adelante en este capítulo). 	
	PLAN DE LTD	PLAN DE LTD MEJORADO
Cobertura por tiempo indefinido	Paga el 50 % del salario mensual promedio hasta cubrir un beneficio mensual máximo de \$15,000.	Paga el 60 % del salario mensual promedio hasta cubrir un beneficio mensual máximo de \$18,000.
	<p>Ambas opciones de planes pagan beneficios para el período más largo de entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El período que se muestra en la tabla Máxima duración de los beneficios del plan de LTD (más adelante en este capítulo). • El período entre la fecha en la que se produce la discapacidad y la edad normal de jubilación según la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) que se muestra en el cuadro Edad normal de jubilación según la Administración de Seguridad Social (más adelante en este capítulo). 	

La fecha de entrada en vigencia de su cobertura depende de cuándo se inscribió:

- Si se inscribe durante el período de inscripción inicial, la cobertura entrará en vigencia en la fecha de contratación.
- Si se inscribe en cualquier momento después del período de inscripción inicial, se lo considerará como registrado tardío. Su cobertura entrará en vigor el primer día del período de pago después de que Servicios al Personal reciba la aprobación de Lincoln. Deberá presentar evidencia de asegurabilidad (deberá completar un cuestionario con respecto a su historia clínica y, posiblemente, someterse a un examen médico a su cargo) y la cobertura puede rechazarse.
- Si se inscribe en el plan de cobertura por cinco años y, posteriormente, decide inscribirse en el plan de cobertura por tiempo indefinido, se lo considerará registrado tardío y se le exigirá que proporcione una constancia de asegurabilidad antes de que le aprueben la cobertura. Su cobertura entrará en vigor el primer día del período de pago después de que Servicios al Personal reciba la aprobación de Lincoln.

Puede dar de baja la cobertura del plan de LTD o del plan mejorado de LTD para conductores de camión en cualquier momento; el cambio entrará en vigor el día posterior a la baja de su cobertura. Si da de baja la cobertura del plan de LTD y, luego, decide volver a inscribirse en cualquiera de los planes, se lo considerará registrado tardío, tal como se describió anteriormente.

COSTO DEL PLAN DE LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

El costo de su cobertura por discapacidad a largo plazo para conductores de camión depende de sus ingresos quincenales y el tipo de cobertura que elija. Las primas se deducen de todo el salario, incluidas las bonificaciones. No se le exige que pague primas de discapacidad de largo plazo para conductores de camión con ningún pago de beneficios por LTD para conductores de camión que reciba. Sin embargo, si usted recibe cualquier otro ingreso, incluso bonificaciones, a través del sistema de nómina de Walmart mientras recibe beneficios por LTD para conductores de camión, sus primas se retendrán de esos pagos.

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

Según los términos del plan de LTD para conductores de camión, “discapacidad” o “discapacitado” significa que, debido a una lesión o enfermedad durante el período de espera del beneficio y los siguientes 24 meses de discapacidad, usted es incapaz de realizar las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación o usted ha perdido la certificación médica requerida de acuerdo con el Reglamento Federal de Seguridad del Transporte Automotor Luego de 24 meses de pago de los beneficios, “discapacidad” o “discapacitado” significa que usted es incapaz de realizar las tareas fundamentales y sustanciales de cualquier ocupación.

Al momento de determinar si sufre una discapacidad, Lincoln no tiene en cuenta los factores del empleo, como un conflicto interpersonal en el lugar de trabajo, recesión, obsolescencia laboral, recorte de pagos, trabajos compartidos o pérdida de una autorización o licencia profesional u ocupacional por razones que no constituyan una lesión o enfermedad cubierta.

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

- Usted debe estar incapacitado de regresar al trabajo luego del período de espera inicial del beneficio por discapacidad.
- Usted debe continuar bajo la atención adecuada de un médico calificado (se incluyen, entre los médicos calificados, a los médicos y profesionales de la salud que no tienen parentesco con usted y prestan servicios dentro del alcance de sus licencias).
- Lincoln debe recibir y aprobar los certificados junto con la documentación médica de respaldo de una discapacidad que envíe su médico calificado antes de que se considere el pago de los beneficios.

Si usted presenta un reclamo dentro de los dos primeros años desde su fecha de aprobación, Lincoln se reserva el derecho de volver a evaluar el cuestionario de su constancia de asegurabilidad. Si se descubre que declaró hechos materiales de manera incorrecta, se usarán las circunstancias reales para determinar si su cobertura debería estar vigente y por qué monto, y si su prima se puede ajustar.

EXCLUSIÓN POR AFECCIÓN PREEXISTENTE

No recibirá beneficios por LTD para conductores de camión por cualquier afección, diagnosticada o no, por la cual haya recibido tratamiento durante los 90 días consecutivos previos a su fecha de entrada en vigencia a menos que no haya recibido tratamiento o por toda afección preexistente relacionada que persista más de 365 días mientras está asegurado. Según los términos de la exclusión por afección preexistente, se entiende que está “bajo tratamiento” cuando consulta a un profesional de la salud o recibe atención o servicios médicos bajo la dirección de un médico, que incluye medidas para obtener un diagnóstico, la prescripción de medicamentos (ya sea que decida tomarlos o no) y el consumo de medicamentos.

Si se cambia de la cobertura de cinco años a la cobertura por tiempo indefinido conforme a los planes de LTD para conductores de camión, se aplicará el concepto de exclusión de afección preexistente a la duración adicional. Si cumplió con el requisito de afección preexistente del plan de cobertura de cinco años y, luego, sufre una discapacidad antes de haber cumplido con la exclusión por afección preexistente del plan de cobertura por tiempo indefinido, únicamente recibirá sus beneficios conforme al plan de cobertura de cinco años.

Cómo presentar un reclamo por discapacidad a largo plazo para conductores de camión

Si tiene un reclamo por discapacidad de corto plazo aprobado y es elegible para recibir los beneficios por LTD, su reclamo se transferirá automáticamente de Sedgwick a Lincoln. Apenas sepa que necesitará utilizar su beneficio por LTD para conductores de camión, puede comunicarse con Lincoln al **800-492-5678**. Lincoln le proporcionará información adicional sobre cómo completar su reclamo.

Los reclamos se determinan dentro de los plazos y requisitos establecidos en el capítulo **Reclamos y apelaciones**. Tiene derecho a apelar un reclamo rechazado. Consulte el capítulo **Reclamos y apelaciones** para conocer más detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagan beneficios por ningún reclamo por LTD de conductores de camión cuya causa esté relacionada con lo siguiente:

- Guerra, declarada o no, o cualquier acto de guerra;
- Participación activa en disturbios;
- Cometer o intento de cometer un delito común o delito menor;
- Cirugía plástica, a menos que dicha cirugía esté relacionada con una lesión o enfermedad mientras la persona tiene cobertura.

No se paga ningún beneficio durante ningún período de encarcelación.

Cuándo comienzan los beneficios por LTD para conductores de camión

Si Lincoln lo aprueba para recibir los beneficios por LTD para conductores de camión, estos comenzarán después de su período de espera de beneficios: 26 semanas o al final de sus beneficios por discapacidad de corto plazo, lo que ocurra más tarde.

No es necesario utilizar el tiempo libre pagado (PTO) mientras recibe los beneficios por LTD. Si está recibiendo los beneficios por LTD al final del año del plan del PTO, consulte la póliza del PTO de su ubicación para obtener información sobre el pago o la transferencia de días. No acumula PTO adicional mientras está recibiendo beneficios por LTD.

SI REGRESA A TRABAJAR DURANTE SU PERÍODO DE ESPERA Y QUEDA DISCAPACITADO NUEVAMENTE

Si deja de estar discapacitado y regresa a trabajar por un total de 60 días calendario o menos durante un período de espera, se interrumpirá el período de espera y deberá cubrir el saldo del período de espera si queda discapacitado otra vez. Si vuelve a trabajar durante un total de más de 60 días calendario mientras cumple su período de espera del beneficio, debe cumplir con un nuevo período de espera completo del beneficio si vuelve a quedar discapacitado antes de ser elegible para recibir los beneficios por LTD.

Cómo calcular su beneficio

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

- Su salario mensual promedio; y
- Qué plan de LTD para conductores de camión seleccionó.

SALARIO MENSUAL PROMEDIO	
Duración del empleo	Cómo se determina el salario mensual promedio
Empleado durante 12 meses o más	Su pago por actividad, tarifa por distancia y bonificaciones, pagados en los períodos de 26 pagos anteriores a su último día de trabajo ÷ 12 meses
Empleado durante menos de 12 meses	Su pago por la actividad, tarifa por distancia y bonificaciones ÷ cantidad de meses trabajados

Tenga en cuenta que no se excluirá ningún período de pago en el que no registre ingresos, lo cual disminuye la cantidad de períodos de pago que se utilizan para el cálculo.

Sus beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión se muestran a continuación:

SUS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN	
Si está inscrito	Su cobertura es
En el plan de LTD de cobertura por cinco años para conductores de camión o en el plan de LTD de cobertura por tiempo indefinido	50 % de su salario mensual promedio menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted o su familia sean elegibles (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*), hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000.
En el plan LTD mejorado de cobertura por cinco años para conductores de camión o en el plan LTD mejorado de cobertura por tiempo indefinido	60 % de su salario mensual promedio menos el importe de otros beneficios o ingresos para los cuales usted o su familia sean elegibles (por ejemplo, beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social*), hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000.
* Para obtener más información, consulte Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por discapacidad a largo plazo para conductores de camión .	

Su beneficio no será inferior a los \$100 o al 10 % de su beneficio bruto, el que sea superior, en ningún mes en que sea elegible para recibir beneficios por LTD para conductores de camión. El total de su pago mensual por discapacidad más el total de los ingresos no puede exceder el salario mensual promedio anterior a su discapacidad.

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

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

IMPUESTOS Y SU BENEFICIO POR LTD

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

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

El monto de su beneficio por LTD para conductores de camión se reduce o se compensa por otros beneficios o ingresos que usted o su familia reciban o sean elegibles para recibir. Entre los ejemplos, se incluyen ingresos provenientes de:

- Seguro por discapacidad de Seguridad Social;
- Beneficios jubilatorios de Seguridad Social otorgados después de la fecha de la discapacidad;
- Compensación para trabajadores;
- Pólizas individuales relacionadas con el empleador;
- Seguros de automóvil sin falta;
- Cualquier beneficio de discapacidad de corto plazo en curso que se pague conforme a la cobertura por discapacidad de corto plazo de Walmart (p. ej., beneficios relacionados con recaídas);
- Plan de jubilación del empleador que comienza después de la fecha de la discapacidad; o
- Convenio o fallo, menos los costos asociados de una demanda, que represente o compense su pérdida de ingresos.

Si alguno de estos beneficios que reducen sus beneficios por LTD es ajustado posteriormente con incrementos del costo de vida, su beneficio por LTD no será reducido. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las compensaciones. Puede obtener una copia de la póliza de LTD para conductores de camión llamando a Liberty al **800-492-5678**.

EJEMPLO: REDUCCIÓN DE BENEFICIO POR LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN		
	Plan de LTD (50 %)	Plan de LTD mejorado (60 %)
Salario mensual promedio	\$3,000	\$3,000
Monto del beneficio (porcentaje del salario mensual promedio, sujeto al máximo)	\$1,500	\$1,800
Menos el beneficio por discapacidad del sistema de Seguridad Social	-\$750	-\$750
Menos los beneficios de Seguridad Social estimados que reciben los dependientes	-\$375	-\$375
Pago del beneficio por LTD (mensual)	\$375	\$675

CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL

Puede ser elegible para recibir beneficios por discapacidad de Seguridad Social después de haber estado discapacitado durante cinco meses. Si su discapacidad duró, o se prevé que durará 12 meses consecutivos, los términos de la póliza de la cobertura por LTD para conductores de camión pueden requerir que solicite los beneficios por discapacidad del sistema de Seguridad Social. Si la Administración de Seguridad Social le niega los beneficios, deberá seguir el proceso de apelación de la Administración de Seguridad Social.

Si no solicita beneficios por discapacidad de Seguridad Social se podrían reducir sus beneficios de jubilación de Seguridad Social cuando llegue a la edad de jubilarse. Si reúne los requisitos para obtener beneficios jubilatorios o por discapacidad de la Administración de Seguridad Social mientras recibe beneficios de cualquiera de las opciones de planes LTD para conductores de camión y su reclamo de discapacidad ante ese organismo se aprueba de manera retroactiva, debe reembolsar a Lincoln los beneficios por LTD que se hayan pagado de más durante el período cubierto por la aprobación retroactiva del sistema de Seguridad Social.

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

Si está discapacitado y trabaja

Puede reunir los requisitos para recibir los beneficios de discapacidad si está parcialmente discapacitado. Conforme a los planes de LTD para conductores de camión, “discapacidad parcial” y “parcialmente discapacitado” significan que, como resultado de una enfermedad o lesión, usted puede hacer lo siguiente:

- Realizar una o más tareas materiales y sustanciales propias o de una ocupación de tiempo completo o tiempo parcial, aunque no todas; o
- Realizar todas las tareas materiales y sustanciales de su propia ocupación trabajando a tiempo parcial; y
- Ganar entre el 20 % y el 80 % de sus ingresos anteriores a la discapacidad indexados.

Sus “ingresos mensuales previos a la discapacidad” significan su paga por actividad, tarifa por distancia y bonificación vigentes durante las 52 semanas inmediatamente anteriores a su último día de trabajo, dividido por 12.

Sus “ingresos mensuales previos a la discapacidad” significan que sus ingresos mensuales previos a la discapacidad se incrementaron anualmente en 7 % o el cambio de porcentaje en el Índice de precios al consumidor, lo que sea menor.

Lincoln ofrece un beneficio de incentivo laboral durante los primeros tres meses que usted queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando. Continuará recibiendo el monto completo de su beneficio mensual durante los primeros tres meses si queda parcialmente discapacitado, a menos que su beneficio e ingresos mensuales actuales superen sus ingresos mensuales anteriores a la discapacidad. Su beneficio mensual se reducirá por el monto excedido a fin de que el beneficio mensual más sus ingresos no superen el 100 % de sus ingresos mensuales anteriores a la discapacidad.

Luego de los primeros tres meses que queda parcialmente discapacitado y sigue trabajando, el siguiente cálculo se utiliza para determinar su beneficio mensual para una discapacidad parcial.

CÁLCULO DE BENEFICIOS SI ESTÁ DISCAPACITADO Y TRABAJA	
$\frac{(A - B) \times C}{A} = D$	
A	Sus ingresos mensuales indexados anteriores a la discapacidad
B	Sus ingresos mensuales actuales
C	El beneficio mensual que se pagaría si reuniera los requisitos para ser discapacitado
D	Beneficio a pagar si está discapacitado y trabaja

SI FALLECE MIENTRAS RECIBE BENEFICIOS POR LTD PARA CONDUCTORES DE CAMIÓN

La cobertura de los planes de LTD para conductores de camión finaliza con su fallecimiento. Sin embargo, si fallece mientras está recibiendo beneficios por LTD para conductores de camión, se le pagará una suma única de \$5,000 o tres veces su beneficio por LTD mensual bruto, el que sea superior, a su cónyuge/pareja sobreviviente. Si no lo sobrevive un cónyuge/pareja, el pago se realizará a sus hijos sobrevivientes en partes iguales, incluidos los hijastros y los hijos legalmente adoptados. Sin embargo, si alguno de estos hijos es menor de edad o está incapacitado, el pago se realizará en su nombre al tutor legal de los bienes de los hijos designado por un tribunal. Si no lo sobreviven un cónyuge/pareja o hijos, el pago se realizará a sus herederos.

Cuándo finalizan los beneficios por LTD para conductores de camión

Los pagos de beneficios por LTD para conductores de camión finalizan cuando se cumpla la primera de las siguientes condiciones:

- La fecha en que no presente prueba de que continúa con la discapacidad y consulta regularmente a un médico.
- La fecha en que no coopera con la administración de su reclamo. Por ejemplo, brindar información o documentos necesarios para determinar si se pagarán los beneficios o determinar el monto del beneficio.
- La fecha en que se rehúsa a ser examinado o evaluado a intervalos razonables.
- La fecha en que se rehúsa a recibir tratamiento adecuado disponible.
- La fecha en que rechaza un trabajo similar en Walmart, que ofrece un salario comparable al suyo, en el cual se realizan modificaciones o ajustes en el lugar de trabajo para permitirle realizar su tarea.
- En el momento en que pueda trabajar en su propia ocupación a tiempo parcial pero elija no hacerlo.
- La fecha en que sus ganancias mensuales por discapacidad parcial superen el 80 % de sus ingresos anteriores a la discapacidad indexados.
- Cuando deje de reunir los requisitos establecidos en la definición de discapacidad del plan.
- El último día de su período máximo en el cual recibirá los beneficios (consulte las tablas a la derecha).
- La fecha de su fallecimiento.

COBERTURA POR CINCO AÑOS

Los planes de cobertura por cinco años pagan beneficios durante 60 meses, a menos que el período más largo de los descritos a continuación no llegue a los 60 meses, en cuyo caso se pagará el beneficio mensual para el período más largo:

- El período que aparece en la tabla **Máxima duración del plan de LTD para conductores de camión** a la derecha.
- El período entre la fecha en la que se produce la discapacidad y la edad normal de jubilación según la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) que se muestra en el cuadro **Edad normal de jubilación según la Administración de Seguridad Social** a la derecha.

COBERTURA POR TIEMPO INDEFINIDO

La cobertura por tiempo indefinido paga beneficios por lo que dure más:

- El período que aparece en la tabla **Máxima duración de la LTD para conductores de camión** a la derecha.
- El período entre la fecha en la que se produce la discapacidad y la edad normal de jubilación según la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) que se muestra en el cuadro **Edad normal de jubilación según la Administración de Seguridad Social** a la derecha.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS BENEFICIOS POR LTD

Edad cuando quedó discapacitado	Duración de los beneficios
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de jubilación (según se indica a continuación)
62	48 meses
63	42 meses
64	36 meses
65	30 meses
66	27 meses
67	24 meses
68	21 meses
69 o más	18 meses

EDAD NORMAL DE JUBILACIÓN SEGÚN LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Año de nacimiento	Edad normal de jubilación
1937 o antes	65
1938	65 + 2 meses
1939	65 + 4 meses
1940	65 + 6 meses
1941	65 + 8 meses
1942	65 + 10 meses
1943 hasta 1954	66
1955	66 + 2 meses
1956	66 + 4 meses
1957	66 + 6 meses
1958	66 + 8 meses
1959	66 + 10 meses
1960 o después	67

SI LA DISCAPACIDAD SE DEBE A UNA ENFERMEDAD MENTAL, ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN

Para recibir beneficios por LTD para conductores de camión por más de 24 meses para las siguientes discapacidades, debe estar internado en un hospital u otra institución autorizada para proporcionar atención médica:

- Enfermedad mental (no incluye daño cerebral estructural y demostrable);
- Cualquier afección que sea consecuencia de una enfermedad mental;
- Alcoholismo;
- Uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o sustancias similares.

Cuando no está internado en un hospital u otra institución autorizada, tiene un beneficio de 24 meses para estas discapacidades, a menos que participe totalmente de un plan de tratamiento extendido para la afección que ocasionó la discapacidad, en cuyo caso el beneficio se paga hasta 36 meses.

Si regresa a trabajar y queda discapacitado nuevamente

Si se reincorpora al trabajo por menos de seis meses de trabajo activo de tiempo completo y queda totalmente discapacitado otra vez por la misma afección u otra afección relacionada que haya causado el primer período de discapacidad, según lo define Lincoln como “reclamo por recaída/recurrente”, la discapacidad recurrente formará parte de la misma discapacidad. Sus beneficios por LTD continuarán a partir de donde habían quedado antes de que volviera a trabajar. No habrá períodos de espera adicionales. La duración del beneficio combinado para ambos períodos de discapacidad no superará la máxima duración que figura en la tabla de la página anterior.

Si regresa al trabajo como asociado de tiempo completo por seis meses o más, cualquier recurrencia de una discapacidad se tratará como una discapacidad nueva. Se deberá cumplir un nuevo período de espera de beneficios.

Cobertura durante un permiso de ausencia o cesantía temporal

Una vez que comienza su cobertura por LTD para conductores de camión y usted es elegible para presentar un reclamo por beneficios, si no está trabajando activamente debido a un permiso de ausencia o una cesantía temporal aprobados que no sean por discapacidad, seguirá siendo elegible para recibir los beneficios por LTD durante 90 días desde su último día laboral. Su elegibilidad para los beneficios por LTD para conductores de camión finaliza el día 91 después del inicio de su permiso de ausencia o cesantía temporal aprobados que no sean por discapacidad, pero se restablecerá si regresa a trabajar de forma activa dentro del plazo de un año. Para obtener más información, consulte [Continuación de los beneficios si tiene permiso de ausencia](#) en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#), que incluye información detallada sobre el pago de beneficios mientras está de licencia.

Cuándo finaliza la cobertura

Sus beneficios por LTD para conductores de camión finalizan:

- Al momento del cese de su relación laboral, a menos que se haya ausentado debido a una discapacidad durante el período de espera de beneficios de 26 semanas y cualquier período durante el cual esté exento de los pagos de las primas.
- El último día del período de pago cuando su estado laboral cambia de un estado laboral elegible.

- Ante la imposibilidad de pagar sus primas.
- En la fecha de pérdida de elegibilidad.
- Si no regresa a trabajar después del último día de un permiso de ausencia aprobado.
- Cuando la empresa deja de ofrecer el beneficio.
- El día después de que usted da de baja la cobertura.
- En la fecha de su fallecimiento.

Si deja la compañía y lo contratan nuevamente

Si deja la compañía y regresa a trabajar a tiempo completo dentro de las 13 semanas, quedará automáticamente reinscrito en el mismo plan de cobertura que tenía antes de abandonar la empresa (o la cobertura más similar que ofrezca el Plan). Si queda automáticamente inscrito en el plan de LTD o el plan de LTD mejorado para conductores de camión y decide darlo de baja cuando se reincorpora a la empresa, podrá cancelarlo en cualquier momento.

Si regresa a su trabajo de tiempo completo después de 13 semanas, se lo considerará como recientemente elegible y puede inscribirse para recibir la cobertura según los períodos y las condiciones descritas en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Si pierde y luego recupera la elegibilidad

Si pierde la elegibilidad, pero la recupera dentro de los 30 días, se lo reinscribirá automáticamente en la misma cobertura que tenía antes de perder la elegibilidad (o los planes más similares que ofrezca el Plan).

Si pierde la elegibilidad y luego la recupera después de los 30 días, se lo considerará como recientemente elegible y puede inscribirse para recibir la cobertura según los períodos de tiempo y las condiciones descritas en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Plan de Compra de Acciones para Asociados

Elegibilidad para el Plan de Compra de Acciones para Asociados	224
Inscripción en el Plan de Compra de Acciones para Asociados	224
Contribuciones de Walmart a su titularidad de acciones de la empresa	224
Venta de acciones a través del Plan	225
Seguimiento de los movimientos de la cuenta de Computershare	225
Finalización de la participación y cierre de la cuenta	225
Si se va de la compañía	225
<hr/>	
FOLLETO INFORMATIVO	226
Introducción e información general	226
Administración del Plan y gestión de la cuenta	227
Participación y elegibilidad para el Plan	227
Contribuciones del plan: programa de compra de acciones	228
Propiedad de acciones, gastos y riesgos	229
Entrega de certificados de acciones y venta de acciones	230
Finalización de la participación y cierre de la cuenta	231
Modificaciones y finalización del Plan	232
Información sobre impuestos	232
Información disponible	233
Envío electrónico de folletos informativos y otros documentos	233
Documentos incorporados por referencia	233

Plan de Compra de Acciones para Asociados

El Plan de Compra de Acciones para Asociados (Associate Stock Purchase Plan, ASPP o Plan) le permite comprar acciones de Walmart de manera conveniente a través de deducciones del sueldo y mediante pagos directos al administrador del Plan. Se puede retener cualquier monto, de \$2 a \$1,000, de su cheque de pago quincenal (de \$1 a \$500 si le pagan por semana) para comprar acciones. Walmart aporta \$0.15 por cada dólar que usted contribuye a través de deducciones del sueldo a la compra de acciones, hasta los primeros \$1,800 que contribuye al Plan en cada año del Plan (desde abril hasta marzo).

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Inscribirse en el Plan o cambiar el monto de la deducción	Complete la inscripción en línea en One.Walmart.com/ASPP o en Workday para los asociados de Jet	
<ul style="list-style-type: none"> Acceder a la información de su cuenta Obtener el resumen de cuenta Obtener un Formulario 1099 	Visite el sitio de Computershare en computershare.com/walmart	Llame a Computershare al 800-438-6278 (personas con problemas de audición: 800-952-9245) o descargue la aplicación Associate Stock (disponible para dispositivos Apple o Android)
Enviar dinero directamente a Computershare		Envíe un cheque a: Computershare Attn: Walmart ASPP P.O. Box 505042 Louisville, Kentucky 40233 (No se realizarán contribuciones paralelas de la empresa para el dinero enviado directamente a Computershare)

Lo que debe saber acerca del Plan de Compra de Acciones para Asociados

- Todos los asociados elegibles pueden comprar acciones de Walmart a través de convenientes deducciones del sueldo y pagos directos a Computershare.
- Walmart aporta \$0.15 por cada \$1 que usted contribuye al Plan a través de las deducciones del sueldo, hasta los primeros \$1,800 que usted contribuye por año del plan.
- No existen gastos para la compra de acciones de Walmart a través del Plan. Solo paga una comisión cuando vende las acciones.
- Sus acciones se acreditarán en una cuenta que Computershare mantiene a su nombre. Puede acceder a su cuenta en línea, por teléfono o a través de la aplicación (consulte la tabla de [Recursos](#) que figura a continuación) para conocer el saldo o vender acciones que tenga en su cuenta.

Elegibilidad para el Plan de Compra de Acciones para Asociados

Usted es elegible para inscribirse en el Plan de Compra de Acciones para Asociados si cumple con los siguientes requisitos:

- No ser miembro de un convenio colectivo de trabajo cuyos beneficios fueron objeto de un convenio colectivo de trabajo de buena fe.
- Tener 18 años de edad, como mínimo, o la mayoría de edad legal en el estado donde se le paga el sueldo (en Alabama y Nebraska, la mayoría de edad legal es a los 19 años). Si vive en Puerto Rico, debe tener 21 años de edad para participar. Si tiene dudas sobre los requisitos de edad, consulte las leyes de su estado relativas a la mayoría de edad legal.

Inscripción en el Plan de Compra de Acciones para Asociados

Para inscribirse en el Plan, complete la inscripción para recibir beneficios en línea a través de One.Walmart.com/ASPP o de Workday para los asociados de Jet. Antes de inscribirse en este plan, debe revisar atentamente este folleto del Plan de Compra de Acciones para Asociados y el folleto informativo del Plan (cuya copia aparece en las siguientes páginas), así como los informes y otros documentos que la compañía ha incorporado como referencia en el folleto informativo del Plan.

La decisión de participar en el Plan y de comprar acciones de la compañía es una decisión individual que solo usted tomará. La compañía no recomienda, respalda ni solicita su participación en el Plan o la compra de acciones de la compañía. Cuando tome una decisión, debe tener en cuenta que el rendimiento anterior de las acciones de la compañía no es una indicación ni una predicción sobre su rendimiento futuro. El valor de las acciones de la compañía puede verse afectado por muchos factores, incluso aquellos externos a la compañía es sí, como las condiciones económicas. La compañía lo insta a consultar a sus asesores financieros e impositivos respecto de su participación en el Plan y en la inversión en acciones de la compañía.

Contribuciones de Walmart a su titularidad de acciones de la empresa

El Plan de Compra de Acciones para Asociados permite a todos los asociados elegibles comprar acciones de Walmart de manera conveniente a través de deducciones del sueldo. Se puede retener cualquier monto en dólares, de \$2 a \$1,000, de su cheque de pago para comprar acciones (de \$1 a \$500 para los asociados con sueldo semanal).

Walmart contribuye a su cuenta de compra de acciones aportando \$0.15 por cada \$1 que usted contribuye al Plan a través de las deducciones del sueldo, hasta los primeros \$1,800 que contribuye por cada año del Plan. El año del Plan comienza en abril y finaliza en marzo. La contribución de la empresa se refleja como un ingreso en su recibo de sueldo y en su formulario W-2.

Además de las deducciones en su sueldo, también puede aportar al Plan de Compra de Acciones para Asociados enviando dinero directamente a Computershare, el administrador del plan, a la siguiente dirección:

Computershare
Attn: Walmart ASPP
P.O. Box 505042
Louisville, Kentucky 40233

Walmart no realizará contribuciones paralelas para el dinero que se envíe directamente a Computershare. El total de las deducciones del sueldo y el dinero enviado directamente a Computershare no pueden superar los \$125,000 por año del Plan. Los dividendos que se pagan sobre las acciones que tiene a partir de la fecha de registro de cada dividendo se reinvierten automáticamente para comprar acciones adicionales para usted, pero no se imputan al máximo de \$125,000.

El valor de las acciones que compra puede fluctuar e incluso bajar. No hay forma de garantizar que sus acciones tengan el mismo valor en el futuro que el que tenían cuando usted realizó la compra o que el valor de las acciones se va a incrementar.

Al momento de tomar una decisión acerca de comprar acciones de Walmart, considere todas sus inversiones, incluidas otras acciones de Walmart que pueda tener. Si tiene preguntas sobre inversiones, consulte a su asesor financiero. La inversión en acciones está sujeta a ciertos riesgos según se describe en el Folleto informativo del plan y el Informe anual de Walmart en el Formulario 10-K que se incorpora como referencia en el Folleto informativo del plan.

CONTRIBUCIONES DE WALMART A SU TITULARIDAD DE ACCIONES DE LA COMPAÑÍA			
Si usted contribuye	Su contribución anual al Plan mediante las deducciones del sueldo es	La contribución paralela de Walmart* es	Monto total utilizado para comprar acciones de Walmart
\$10 quincenales	\$260	\$39	\$299
\$20 quincenales	\$520	\$78	\$598
\$70 quincenales	\$1,820	\$270 (Walmart aporta \$0.15 por cada \$1 hasta \$1,800)	\$2,090

*Todas las contribuciones de la compañía se harán solamente sobre las acciones compradas a través de deducciones del sueldo. No se realizarán contribuciones de la compañía para el dinero enviado directamente a Computershare.

Venta de acciones a través del Plan

No se le cobran gastos por la compra de acciones; sin embargo, deberá pagar gastos para vender las acciones. Los gastos cobrados por Computershare descritos en este folleto informativo están sujetos a cambio de tanto en tanto.

Si opta por vender sus acciones, estas se venderán según una orden de mercado. Sus acciones serán vendidas inmediatamente después de que su solicitud pueda procesarse razonablemente. En general, las órdenes de mercado se ejecutan inmediatamente después de que se realizan. El precio en el cual se ejecutará su orden no está garantizado y el precio de las acciones de Walmart antes de la ejecución de su orden no es, necesariamente, el precio al cual se ejecutará su orden.

Por lo general, las ventas de sus acciones se ejecutarán en la Bolsa de Valores de Nueva York (New York Stock Exchange, NYSE). Si la NYSE está cerrada cuando su orden está lista para ser procesada, esta se procesará lo antes posible al día siguiente en el que haya actividad comercial en la NYSE. La comisión es de \$25.50 por venta más \$0.05 (cinco centavos) por acción vendida por cada venta que ejecute.

Puede vender acciones a través de computershare.com/walmart, desde la aplicación Associate Stock (disponible para dispositivos Apple y Android), o llamando a Computershare al **800-438-6278**. Puede elegir que sus ingresos se depositen en una cuenta bancaria registrada o que se le envíe un cheque por correo a la dirección registrada en Computershare. Si elige depositar sus ingresos en una cuenta bancaria, los fondos se envían al banco en la fecha de liquidación de las acciones, que es dos días hábiles a partir de la fecha de venta. Si decide recibir sus ingresos por cheque, debería recibir el cheque entre 7 y 10 días hábiles después de realizar una orden para vender las acciones de su cuenta del Plan.

La comisión por venta se deduce automáticamente del monto que se deposita o se informa en su cheque por los ingresos netos de la venta. Cada vez que venda acciones, recibirá un resumen de la transacción. A los fines de la declaración impositiva, recibirá los correspondientes documentos de impuestos (1099B o 1099DIV) adjuntos a su declaración anual el primer trimestre del año siguiente (enero a marzo). Estos documentos se le enviarán por correo al domicilio que figura en su expediente con Computershare y se deben utilizar cuando declare sus impuestos.

Es importante entender las consecuencias impositivas de una venta de acciones. Si tiene preguntas relacionadas con los impuestos, consulte a su asesor financiero o asesor fiscal.

Seguimiento de los movimientos de la cuenta de Computershare

Recibirá un resumen por parte de Computershare al menos una vez al año (primer trimestre), en el que se indican los movimientos de su cuenta. No obstante, si optó por recibir sus resúmenes por vía electrónica, recibirá un mensaje de correo electrónico que le informará que su resumen está listo y podrá encontrarlo en computershare.com/walmart.

El resumen anual que recibe contiene información impositiva importante. Es muy importante que guarde el resumen para saber la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de las acciones que venda. Necesitará esa información para su declaración de impuesto a las ganancias.

Puede acceder a la información de su cuenta en línea a través de computershare.com/walmart, desde la aplicación Associate Stock (disponible para dispositivos Apple y Android) o por teléfono al **800-438-6278** (personas con problemas de audición: **800-952-9245**).

Si solicita copias de resúmenes a Computershare, se le cobrará un cargo de \$5 por cada resumen para los resúmenes de años anteriores. O bien puede obtener copias sin cargo a través del sitio web computershare.com/walmart.

Finalización de la participación y cierre de la cuenta

Si desea cancelar las deducciones de su sueldo para el Plan de Compra de Acciones para Asociados, debe completar la inscripción de beneficios en línea a través de One.Walmart.com/ASPP o de Workday para los asociados de Jet.

Una vez que cancele dichas deducciones, puede cerrar su cuenta al vender o transferir el resto de las acciones de su cuenta. Para evitar pagar dos veces la comisión por venta, debe cancelar las deducciones del sueldo antes de cerrar la cuenta. También tiene la opción de dejar de pagar deducciones del sueldo y seguir manteniendo sus acciones a través del Plan en Computershare.

Si se va de la compañía

Si se va de la compañía, tiene distintas opciones con relación al estado de su cuenta:

- Puede mantener su cuenta abierta sin las deducciones del sueldo semanales o quincenales ni las contribuciones que hace la compañía. Puede realizar compras en efectivo voluntarias y beneficiarse al no tener que pagar la comisión del corredor de bolsa. Existe un gasto de mantenimiento de \$35 por año, el cual se deducirá automáticamente de su cuenta durante el primer trimestre del año, mediante la venta de una cantidad apropiada de sus acciones o una parte de su paquete accionario para cubrir este cargo.
- Puede cerrar su cuenta y transferir sus acciones a otra agencia de corredores.
- Puede cerrar su cuenta y vender algunas o todas las acciones de su cuenta.

Para prevenir saldos residuales y evitar pagar dos veces el gasto por la transacción de venta, espere a recibir el último cheque de pago antes de cerrar su cuenta.

Es muy importante que actualice esta información en Computershare si hace un cambio de domicilio luego de haberse ido de la compañía.

Folleto informativo

El documento que figura a continuación constituye un folleto informativo que cubre los valores que se registraron conforme a la Ley de Valores (Securities Act) de 1933.

50,000,000 acciones

WALMART INC.

Acciones ordinarias
(valor nominal de \$0.10 por acción)

WALMART INC.

Plan de Compra de Acciones para Asociados de 2016

(anteriormente, el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2016, el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2004 y el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Walmart Stores, Inc. de 1996)

Este folleto informativo se relaciona con la compra de la cantidad de acciones ordinarias por el valor de \$0.10 por acción de Walmart, Inc. ("Walmart", la "Compañía" o "nosotros") que se muestra anteriormente en el Plan de Compras de Acciones para Asociados de Walmart, Inc. de 2016 (el "Plan") por asociados elegibles de Walmart que optan por participar en el Plan.

Estos valores no han sido aprobados ni desaprobados por la Comisión de Bolsa y Valores ni por otras comisiones de valores de otros estados como tampoco la Comisión de Bolsa y Valores ni otras comisiones de valores de otros estados han juzgado la precisión o la idoneidad de este folleto informativo. Cualquier declaración en contrario constituye un delito.

Ninguna persona está autorizada a dar información ni a hacer ninguna declaración que no sea la que contiene este Folleto Informativo. Si alguien lo hiciera, no debe confiar en esa persona. Este Folleto Informativo no es una oferta de venta ni una solicitud de una oferta de compra de los valores a los que se hace referencia en este Folleto Informativo en los estados u otras jurisdicciones en los que tal oferta o solicitud sería ilegal. Ni la entrega de este Folleto Informativo ni la adquisición de los valores que se describen en este Folleto Informativo implican que no ha habido modificaciones en la situación de la compañía desde la fecha en que se redactó este Folleto Informativo.

La inversión en las acciones ordinarias que se ofrecen por el presente implica ciertos riesgos. Consulte "Parte I, punto 1A. Factores de riesgo" en el Informe Anual de Walmart en el Formulario 10-K recientemente registrado ante la Comisión de Bolsa y Valores para ver un análisis sobre ciertos riesgos que pueden afectar nuestro negocio, nuestras operaciones, nuestra condición financiera, los resultados de nuestras operaciones y nuestros flujos de caja. Consulte la sección "[Propiedad de acciones, gastos y riesgos](#)" a continuación.

La fecha de este folleto informativo es el 1 de septiembre de 2019.

Introducción e información general

El Plan es una modificación y una reformulación del Plan de Compra de Acciones para Asociados de Walmart, Inc. de 2004 el cual modificó y reformuló anteriormente el Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores Inc. de 1996. El Plan fue aprobado recientemente por los accionistas de Walmart en la Reunión Anual de Accionistas que se llevó a cabo el 3 de junio de 2016. A partir del 30 de junio de 2019, hasta 59,423,969 acciones ordinarias de la compañía a un valor nominal de \$0.10 por acción (las "Acciones") pudieron comprarse a través de la compañía o en el mercado abierto conforme al Plan; 20,000,000 acciones pudieron obtenerse para la compra a través de la compañía conforme al Plan;

y 30,000,000 acciones pudieron obtenerse para la compra en el mercado abierto conforme al Plan. El 30 de noviembre de 2018, se registraron 50,000,000 acciones en la Comisión de Bolsa y Valores de los Estados Unidos para ofrecer y vender en función de las Declaraciones de Registro del Formulario S-8. Las acciones se cotizan en la Bolsa de Valores de Nueva York. En este Folleto Informativo se puede hacer referencia a los asociados participantes como "usted".

El Plan consta de dos partes: el Programa de Compra de Acciones y el Programa de Premios al Desempeño Sobresaliente. El Programa de Compra de Acciones brinda a los asociados elegibles la oportunidad de participar de la propiedad de la compañía al permitirles comprar Acciones a

FOLLETO INFORMATIVO

través de deducciones del sueldo. Además, si hacen o hicieron compras con esas deducciones del sueldo conforme al Plan, también pueden comprar acciones mediante contribuciones voluntarias de sus otros fondos al Plan. Según el Programa de Premios al Desempeño Sobresaliente, la compañía puede premiar a un asociado por un desempeño laboral excepcional entregándole acciones.

Consideramos que el Plan no está sujeto a ninguna de las disposiciones de la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974, ni a sus enmiendas. El Plan no califica conforme a las Secciones 401(a) o 423 del Código Fiscal de 1986, o sus enmiendas.

Administración del Plan y gestión de la cuenta

En el Plan se establece que el Comité de Desarrollo de Compensación y Gestión de la Junta Directiva (el “Comité”) tiene la autoridad suprema para administrar el Plan. El Comité puede delegar algunos aspectos, o todos, de la administración del Plan a las autoridades o los gerentes de la compañía, o a una subsidiaria de propiedad absoluta o mayoritaria de la compañía (subsidiarias que en el presente folleto informativo se denominan “filiales”), y revocar tal delegación, sujeto a las condiciones que se consideren apropiadas. Los miembros del Comité son seleccionados por la Junta Directiva de Walmart. La Junta Directiva puede destituir a un miembro del Comité a su exclusivo criterio, y los miembros dejarán de ser miembros del Comité si dejan de ser directores de Walmart por cualquier motivo. A la fecha de este folleto informativo, el Comité estaba formado por el Sr. Steve Reinemund, el Sr. Steve Easterbrook, la Sra. Carla Harris y la Sra. Marissa Mayer.

El Comité seleccionó un administrador de la red subcontratado, que actualmente es Computershare Trust Company, N.A. (“Computershare”), para establecer y mantener las cuentas del Plan. Computershare también cumple el rol de agente de transferencia de acciones de la compañía y presta otros servicios relacionados con las acciones a la compañía y a sus accionistas.

El Comité, como administrador del Plan, o su delegado, debe cumplir las condiciones del Plan, pero tiene autoridad y discreción total para administrarlo, incluida, entre otras, la autoridad para: (i) determinar cuándo, a quién y en qué tipos y cantidades deben hacerse las contribuciones; (ii) autorizar a la compañía a hacer contribuciones para los asociados elegibles cualquiera sea su cantidad y determinar los términos y las condiciones correspondientes a cada una de dichas contribuciones; (iii) establecer un mínimo y un máximo de dólares, acciones o limitaciones sobre las distintas contribuciones permitidas conforme al Plan; (iv) determinar si una entidad de la cual somos propietarios de más del 50 % o sobre la cual tenemos el control, de manera directa o indirecta (“una filial”) debe pasar a ser (o dejar de ser) un Empleador Participante (según se define a continuación); (v) determinar si alguno de los asociados de Empleadores Participantes que no sean estadounidenses debería ser elegible para participar en el Plan (y cuál es

este asociado); (vi) tomar todas las determinaciones que se consideren necesarias o aconsejables para la administración del Plan; (vii) establecer, enmendar, anular y rescindir normas y reglamentaciones para la administración del Plan; (viii) ejercer cualquier tipo de autoridad, llevar a cabo una acción y tomar determinaciones según se consideren necesarias o aconsejables para administrar el Plan. Todas las decisiones tomadas por el Comité conforme al Plan son finales y obligatorias para todas las personas, incluidos la compañía y sus filiales, los asociados, las personas que reclamen derechos contemplados en el Plan de un participante, o a través de este, y los accionistas de la compañía. Los miembros del Comité no actúan como depositarios de los participantes ni mantienen las acciones acreditadas en las cuentas del Plan de los participantes, ningún fondo contribuido al Plan por ningún asociado o la ganancia de las ventas de las acciones en fideicomiso para el beneficio de los participantes.

Participación y elegibilidad para el Plan

Si reúne los requisitos para participar en el Plan, puede inscribirse en línea a través de [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) para autorizar que se realicen las deducciones de su remuneración regular y se las contribuya al Plan para la Compra de Acciones que se colocarán en su cuenta del Plan. También puede comenzar a participar en el Plan si el Comité le otorga un premio en forma de acciones, conforme al Programa de Premios al Desempeño Sobresaliente.

Todos los asociados de la compañía y de las filiales aprobadas de la compañía (“Empleadores Participantes”) son elegibles para participar en el Plan, excepto en los siguientes casos:

- Si su participación en el Plan está restringida o prohibida por la ley del estado o país donde reside, no podrá participar en el Plan o su participación en el Plan estará limitada. Es su responsabilidad asegurarse de que no haya tales restricciones o prohibiciones en su participación en el Plan.
- Debe tener la mayoría de edad según se establece en el estado donde reside o trabaja para participar. Es su responsabilidad asegurarse de tener la edad suficiente para participar. La compañía puede dar por finalizada su participación si descubre que usted no tiene la edad legal suficiente para participar en el Plan.
- Si participa de un convenio colectivo de trabajo cuyos beneficios surgieron de un convenio colectivo de trabajo de buena fe, queda excluido de la participación en el Plan.
- Si su empleador es un Empleador participante que no es estadounidense, usted puede participar solo si es un asociado aprobado (clasificado por grupo, categoría o de forma individual).
- Si es una autoridad de Walmart sujeta al apartado 16(a) de la Ley de Intercambio de Valores de 1934 o está sujeta a nuestra Política de Transacciones con Información Privilegiada, es posible que su facultad para adquirir o vender Acciones sea restringida.

FOLLETO INFORMATIVO

Si se encuentra en una licencia de buena fe concedida por la empresa o un Empleador Participante, continuará siendo elegible para hacer contribuciones al Plan durante el plazo en que esté vigente, pero no será elegible para las contribuciones paralelas que realiza la compañía durante ese período. Si se encuentra en una licencia militar de la compañía o de un Empleador Participante, comuníquese con el Departamento de Beneficios a fin de saber si es elegible para recibir las contribuciones paralelas de la compañía durante su licencia. Recuerde que debe realizar contribuciones de sus propios fondos si no recibe el cheque de pago mientras está de licencia, ya que las deducciones del sueldo no serían una opción disponible. Cualquier otra circunstancia que le permitiría seguir participando en el Plan mientras está de licencia debe ser aprobada por el Comité.

Contribuciones del plan: programa de compra de acciones

Para realizar contribuciones por deducción del sueldo, debe completar una sesión de inscripción para recibir beneficios en línea en One.Walmart.com. Una vez que se inscribió correctamente en el Plan, las contribuciones por deducciones del sueldo continuarán de acuerdo con su autorización más reciente para hacerlo (sujeta a toda restricción impuesta por el Plan) mientras usted siga siendo empleado de la empresa o de un Empleador Participante, con la excepción de que usted modifique o anule la autorización para realizar deducciones del sueldo o que el Plan finalice.

Recuerde que no se aplicarán deducciones a un cheque de pago en el cual la contribución de las deducciones del sueldo exceda su salario neto después de retener los impuestos. Puede modificar o cancelar su autorización para realizar deducciones del sueldo al completar una sesión de inscripción para recibir beneficios en línea en One.Walmart.com. Su solicitud se procesará apenas pueda llevarse a cabo. Es posible que su inscripción o solicitud se demoren o se rechacen si alguna de las políticas de la compañía, incluida la Política de Transacciones con Información Privilegiada, prohíbe el cambio o la inscripción que usted solicita en el momento de intentar realizar la solicitud o inscripción.

Recuerde que, por lo general, las contribuciones de las deducciones del sueldo se toman de su último cheque de pago como asociado. Si no desea que se apliquen deducciones del sueldo a su último cheque de pago, es importante que anule a tiempo la autorización para realizar las deducciones del sueldo. Si trabaja en un estado donde se exige que le paguen su último cheque fuera del ciclo normal de sueldo, las contribuciones de las deducciones del sueldo no se tomarán de su último cheque de pago.

Las deducciones del sueldo pueden ser de \$2 a \$1,000 por cada período de sueldo quincenal. Las deducciones del sueldo para los asociados a los que se paga en forma quincenal pueden ser como mínimo de \$1 y como máximo

de \$500 por período de sueldo quincenal. El monto de una deducción que se realice cada quince días o por semana que supere el mínimo debe ser en incrementos de \$1. La compañía o su Empleador Participante realizarán una contribución paralela en efectivo a su nombre a su cuenta del Plan cuando usted realice contribuciones al Plan a través de las deducciones del sueldo. Actualmente, la contribución paralela es un 15 % de los primeros \$1,800 que usted contribuye al Plan a través de las deducciones del sueldo, o \$270, como máximo, por cada año del Plan. La contribución paralela de la compañía se utilizará para comprar Acciones para su cuenta del Plan.

Si participa o ha participado en las deducciones del sueldo conforme al Plan y su cuenta del Plan no se ha cerrado como se describe a continuación, puede contribuir voluntariamente una suma en efectivo (en dólares estadounidenses) proveniente de sus otros recursos para financiar la compra de Acciones conforme al Plan, las cuales se colocarán en su cuenta del Plan, incluso después de que cese su empleo con la compañía o cualquier Empleador Participante. Las contribuciones voluntarias se deben enviar directamente a Computershare. Las instrucciones para realizar tales contribuciones voluntarias están disponibles en Computershare. Ni la compañía ni su Empleador Participante realizarán contribuciones paralelas sobre los montos que usted contribuye directamente a Computershare. También puede depositar las Acciones que tenga guardadas fuera del Plan (ya sea que originalmente haya adquirido dichas acciones a través del Plan o de otra manera) en la cuenta de su Plan haciendo los trámites correspondientes directamente con Computershare.

El total de deducciones del sueldo y contribuciones voluntarias en efectivo al Plan no puede exceder los \$125,000 por cada año de Plan (del 1 de abril al 31 de marzo). Los dividendos acreditados a su cuenta del Plan no contarán contra el máximo.

El Comité determina y puede modificar el máximo y el mínimo de las contribuciones, puede cambiar las condiciones de las contribuciones voluntarias en efectivo o en acciones, y puede cambiar la cantidad de las contribuciones paralelas del empleador en cualquier momento.

PROGRAMA DE PREMIOS AL DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Según el componente de Premios al Desempeño Sobresaliente, se le puede otorgar un premio en Acciones por demostrar un desempeño laboral sobresaliente de forma consistente durante un mes, un trimestre o un año. El Comité aprueba todos los Premios al Desempeño Sobresaliente y periódicamente establece límites máximos en dólares para estos premios.

Las Acciones que reciba según el componente de Premios al Desempeño Sobresaliente se colocarán en una cuenta que Computershare mantiene para su beneficio.

FOLLETO INFORMATIVO

COMPRAS DE ACCIONES

Su empleador enviará todas las deducciones del sueldo, junto con las contribuciones paralelas, a Computershare tan pronto como sea posible después de cada período de pago. Computershare comprará Acciones para su cuenta del Plan dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de los fondos. Si realiza una contribución voluntaria en efectivo aparte de las deducciones del sueldo, Computershare comprará las Acciones con esa contribución voluntaria en efectivo dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de los fondos.

Computershare puede comprar las Acciones para las cuentas del Plan en una bolsa de valores nacional, en la compañía o en una combinación de estos lugares. No obstante, el Comité se reserva el derecho de indicar a Computershare que compre las acciones a una fuente determinada, de acuerdo con las normas de valores correspondientes y las normas vigentes de las bolsas de valores nacionales.

Por lo general, cuando Computershare compra Acciones para el Plan en una bolsa de valores nacional, las acciones se compran como parte de un grupo, y no de manera individual para cada participante. En algunas instancias, las Acciones para un grupo se deben comprar para el Plan durante más de un día. Cuando las Acciones se compran como parte de un grupo, el precio de compra de cada Acción será igual al valor promedio de todas las Acciones compradas para ese grupo, según lo determine Computershare. No está permitido que un participante ordene a Computershare que compre de manera individual para el participante Acciones que sean parte de un grupo.

Si Computershare compra Acciones a la compañía, ya sean acciones autorizadas, pero no emitidas o acciones del tesoro, el precio por acción pagado a la compañía por aquellas acciones será igual al Precio Promedio Ponderado por Volumen (VWAP) que se informa en la Bolsa de Valores de Nueva York: Transacciones Compuestas, el día de la compra. El VWAP es el promedio ponderado de los precios a los cuales se realizan todas las transacciones comerciales de las acciones de la compañía en la NYSE en la fecha en que se compran acciones de la compañía. Si bien el Plan le permite al Comité designar otra metodología para valorar las Acciones compradas a la compañía, a la fecha de elaboración de este folleto informativo no se designaron otras.

La cantidad de acciones adjudicadas a su cuenta del Plan en relación con cualquier compra de Acciones debe igualar el monto total de las contribuciones y los dividendos disponibles para su cuenta del Plan y debe usarse para financiar dichas compras divididas por el precio de compra de cada Acción atribuible a tales compras, como se mencionó anteriormente.

Información importante para participantes no estadounidenses: Todos los montos que se contribuyan al Plan a través de deducciones del sueldo, todas las contribuciones paralelas y todas las contribuciones realizadas conforme al Programa de Premios al Desempeño Sobresaliente se convertirán de la moneda local a dólares estadounidenses antes de que se compren las Acciones. Generalmente, se utiliza la tasa de cambio del día hábil

inmediatamente anterior al día en que se envían los fondos a Computershare, pero eso puede no ser posible en algunas circunstancias. Todas las contribuciones voluntarias se deben convertir a dólares estadounidenses antes de enviarlas a Computershare para la compra de acciones.

Propiedad de acciones, gastos y riesgos

PROPIEDAD DE ACCIONES

Desde el momento en que se acreditan las Acciones a su cuenta del Plan, usted tendrá la propiedad total de dichas acciones (incluidas las fracciones). Las Acciones de su cuenta del Plan se registrarán a nombre de Computershare hasta que usted solicite que le envíen los certificados de Acciones de su cuenta del Plan o hasta que usted venda las acciones acreditadas en su cuenta del Plan. No puede ceder ni transferir ningún interés en el Plan antes de que las acciones se acrediten a su cuenta. Sin embargo, puede vender, transferir, ceder o administrar de otra forma las Acciones acreditadas en su cuenta del Plan una vez que éstas se acreditan en su cuenta del Plan, al igual que cualquier otro accionista de la compañía. No puede transferir o asignar su cuenta del Plan a otra persona que no sea un participante elegible en el Plan. No se aplica un gravamen automático ni un interés prendario sobre las Acciones colocadas en su cuenta del Plan y los términos del Plan no permiten que alguien tenga o pueda crear un gravamen sobre los fondos o las Acciones acreditadas a su cuenta del Plan. Sin embargo, puede entregar en garantía, hipotecar o administrar las Acciones acreditadas a sus cuentas del Plan de la misma manera en que puede hacerlo con otras Acciones que pueda poseer, sujeto al cumplimiento de nuestra Política de Transacciones con Información Privilegiada.

Por ejemplo, puede entregar en garantía las Acciones acreditadas en su cuenta del Plan como activos de garantía de un préstamo. Si entrega en garantía las acciones acreditadas en su cuenta del Plan para asegurar un préstamo conforme al Programa de Líneas de Crédito Garantizadas con Acciones mantenido por USBancorp (antes del 30 de septiembre de 2018) o cualquier otro préstamo que esté disponible para usted, el prestamista tendrá un interés prendario sobre las Acciones de su cuenta del Plan. Ni Walmart ni ningún Empleador Participante patrocinan ni serán responsables de los montos que adeude un participante en virtud del Programa de Líneas de Crédito Garantizadas con Acciones o de ningún préstamo. Si usted no paga los montos que adeude al prestamista por el préstamo, incluidos los intereses devengados y los gastos relacionados, el prestamista puede ejecutar el embargo y vender la cantidad de acciones entregadas en garantía del préstamo que producirán ganancias netas de ventas en un monto necesario para pagar los montos que usted le adeude al prestamista. Si las ganancias netas de una venta de acciones son inferiores al monto que le adeuda al prestamista, usted, no Walmart ni un Empleador participante, será responsable de pagar la diferencia con sus otros recursos.

FOLLETO INFORMATIVO

DIVIDENDOS Y VOTOS

Los dividendos sobre las Acciones de su cuenta se volverán a invertir automáticamente en Acciones adicionales. Podrá emitir un voto por cada Acción completa de su cuenta del Plan, pero no por las acciones fraccionadas. Se le enviarán en forma gratuita y tan pronto como sea posible (por correo o por otro medio) todas las notificaciones de reuniones, las declaraciones de representación, avisos de disponibilidad en línea de los materiales de representación y otros materiales que la compañía distribuye entre sus accionistas. Para emitir un voto por las Acciones de su cuenta del Plan, debe enviar oportunamente las instrucciones de voto firmadas, también denominadas “instrucciones del apoderado”, tal como se describe en los materiales de representación de la compañía. Si no entrega instrucciones de voto debidamente completadas y ejecutadas como se describe en los materiales de representación de la compañía, sus acciones no se votarán en relación con ninguna elección de directores, voto de asesoramiento sobre compensaciones pagadas a los ejecutivos ni ciertas cuestiones que podrían estar sujetas al voto de los accionistas. Sin embargo, en esas circunstancias, podría votarse por sus Acciones de la manera recomendada por la compañía en la declaración de representación, o según lo indique el Comité en cuestiones que la Bolsa de Valores de Nueva York define como “rutina”, tales como la ratificación de la designación de los auditores independientes de la compañía, siempre que al hacerlo se cumplan las leyes vigentes y todas las normas de admisión de un valor en bolsa de una bolsa de valores nacional.

GASTOS Y RESÚMENES DE CUENTA

La compañía paga todos los gastos relacionados con la compra de Acciones. Generalmente, no se cobran gastos de mantenimiento ni otros cargos por su cuenta del Plan mientras usted sea un empleado de la compañía o de una de sus filiales (incluso si esa filial no es un Empleador Participante). Sin embargo, usted debe pagar las comisiones o los cargos que surjan a raíz de otros servicios de Computershare que solicite, por ejemplo, comisiones de corretaje y otros gastos aplicables a la venta de Acciones. Computershare puede informarle si una solicitud determinada podría hacerlo incurrir en gastos. Los gastos cobrados por Computershare descritos en este Folleto informativo están sujetos a cambio de tanto en tanto.

Al menos una vez por año, se le enviará un resumen de su cuenta conforme al Plan, en el cual se reflejan todos los movimientos de su cuenta del Plan durante el período cubierto por el resumen. Puede optar por recibir sus resúmenes de cuenta en línea. En ese caso, recibirá un correo electrónico donde se le informe que el resumen está listo y puede encontrarlo en computershare.com/walmart. El resumen anual también contiene información importante sobre impuestos. Es muy importante que guarde el resumen para saber la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de cualquier acción que venda. Necesitará esa información para su declaración de impuesto a las ganancias.

Asimismo, puede acceder a la información sobre su cuenta en cualquier momento iniciando sesión en computershare.com/walmart. Para acceder a la información sobre su cuenta por teléfono, llame al **800-438-6278** (personas con problemas de audición: **800-952-9245**).

Si solicita copias de los resúmenes a Computershare, actualmente se le cobra un cargo de \$5 por cada resumen para los resúmenes de los años anteriores al año del plan completo más reciente. O bien puede obtener copias sin cargo a través del sitio web computershare.com/walmart.

RIESGOS

Muchos de los riesgos que usted corre al participar en el Plan son los mismos que los de otros accionistas de la compañía, es decir, usted asume el riesgo de que el valor de las Acciones aumente o disminuya. No existen garantías en cuanto al valor de las Acciones. Esto significa que asume el riesgo de que se produzcan fluctuaciones en el valor o en el precio de mercado de las Acciones. Es posible que en nuestro Informe Anual más reciente presentado en el Formulario 10-K ante el SEC y, como se indica más adelante, incorporado por referencia en este Prospecto, y en otros informes presentados ante el SEC, se planteen ciertos riesgos relacionados con la compañía, sus operaciones y su rendimiento financiero que pueden afectar el valor, el precio de mercado y la liquidez de las Acciones. La empresa le recomienda especialmente que revise tales planteos antes de tomar la decisión de participar en el Plan, de modificar las condiciones de su participación en él, de finalizar su participación en él o de realizar contribuciones voluntarias conforme a él.

Si es un participante no estadounidense, también asume el riesgo de que se produzcan fluctuaciones en los tipos de cambio. Asimismo, Computershare aplica sus deducciones del sueldo (así como las contribuciones paralelas relacionadas) a la compra de las acciones, por lo que dichos fondos se consideran activos generales de la compañía o del Empleador Participante y, como tales, están sujetos a los reclamos de los acreedores de la compañía o de los Empleadores Participantes. No se pagarán intereses sobre las contribuciones al Plan.

Entrega de certificados de acciones y venta de acciones

Si lo solicita, Computershare le enviará de forma gratuita un certificado de acciones en el que se representan algunas o todas las Acciones acreditadas a su cuenta del Plan. Sus acciones representadas por un certificado de Acciones ya no se acreditarán ni estarán relacionadas de ningún otro modo con ninguna cuenta del Plan que usted mantenga vigente y los dividendos que se pagan sobre esas acciones no serán reinvertidos en virtud del Plan.

También puede permitir que Computershare transfiera algunas o todas las Acciones acreditadas a su cuenta del Plan en su nombre al sistema de registro directo. Dicha transferencia implica que mantendría sus acciones como

FOLLETO INFORMATIVO

valores “representados por anotaciones en cuenta” y que su propiedad se mostraría en nuestros registros de transferencia de acciones, y sería representada por un resumen que muestre sus posesiones de Acciones.

Puede solicitar que Computershare venda todas o algunas de las Acciones (incluidas participaciones fraccionadas) acreditadas en su cuenta del Plan en cualquier momento, ya sea que desee o no cerrar su cuenta del Plan.

Si por alguna razón solicita a Computershare que venda Acciones de su cuenta del Plan, se le cobrarán la comisión de corretaje y otros gastos aplicables. Las comisiones de corretaje y los gastos adicionales tendrán la tarifa fijada por Computershare de tanto en tanto. Estas tarifas se encuentran disponibles si las solicita a Computershare. En computershare.com/walmart, puede hallarse un cronograma actual de las comisiones aplicables al Plan por parte de Computershare. La compañía negoció el monto de dichas comisiones con Computershare.

Si opta por vender sus acciones, estas se venderán según un orden de mercado. A pesar de que el Plan permite que la venta de las Acciones que se mantienen en las cuentas del Plan se realice a través de órdenes en lote, y dichas ventas se han realizado a través de órdenes en lote en el pasado, las ventas de las Acciones conforme al Plan ahora se realizan únicamente según órdenes de mercado. Como resultado, si le indica a Computershare que venda las Acciones acreditadas en su cuenta del Plan, Computershare venderá aquellas acciones en el mercado abierto al mejor precio disponible actual. No obstante, el precio en el cual se ejecutará su orden no está garantizado y el último precio comercializado de nuestras acciones antes de la ejecución de su orden para vender acciones no es, necesariamente, el precio al cual se va a ejecutar su orden. De tanto en tanto, compramos Acciones en el mercado abierto conforme al programa de compra de acciones adoptado por nuestra Junta Directiva. Como resultado, si Computershare vende las acciones acreditadas en su cuenta del Plan en el mercado abierto, podríamos adquirir dichas acciones. No obstante, normalmente no sabremos si las Acciones que compramos en el mercado abierto se las compramos a usted. Sus Acciones serán vendidas inmediatamente después de que su solicitud pueda procesarse razonablemente. En general, las órdenes de mercado se ejecutan inmediatamente después de que se realizan. Tenemos previsto vender todas sus acciones en la Bolsa de Valores de Nueva York (la “NYSE”), aunque no es necesario que las órdenes para dichas ventas se ejecuten en la NYSE. Si la NYSE cierra cuando su orden está lista para ser procesada, su transacción de venta se procesará lo antes posible el día siguiente de actividad comercial de la NYSE. Las órdenes de venta de acciones según el Plan pueden ejecutarse a través de una filial de Computershare que esté registrada en el SEC como agente bursátil en virtud de la Ley de Intercambio de Valores de 1934. Las ventas de las acciones se realizarán en dólares estadounidenses. Si trabaja fuera de los Estados Unidos

con un Empleador Participante y si Computershare provee este servicio en su país, las ganancias de la venta pueden convertirse por un costo adicional a otra moneda si así lo pide cuando solicita que sus acciones se vendan. Si las ganancias se convierten a otra moneda, la tasa de cambio que se utilizará será la publicada en *The Wall Street Journal* (u otra fuente similar) en la fecha en que se ejecutó la transacción de su venta. Usted asumirá el riesgo ante cualquier fluctuación en los tipos de cambio.

Finalización de la participación y cierre de la cuenta

Una vez que se convierte en un participante del Plan, lo será hasta que decida cerrar su cuenta del Plan, y todas las Acciones y las ganancias de las ventas acreditadas en la cuenta se retiren de la cuenta del Plan, o hasta que todas las Acciones y las ganancias de las ventas se retiren de la cuenta del Plan después de que finalice su empleo en la compañía o en una de sus filiales.

Si anula su autorización para realizar las deducciones del sueldo o finaliza su relación laboral con la empresa y todas sus filiales, puede optar por continuar con su cuenta del Plan o bien cerrarla, si así se lo especifica a Computershare. Específicamente:

- Puede mantener su cuenta del Plan abierta (sin las deducciones del sueldo semanal o quincenal ni las contribuciones paralelas que hace la compañía). Si mantiene su cuenta abierta, puede hacer contribuciones voluntarias en efectivo y no se le cobrarán comisiones de corretaje sobre la compra de Acciones. Si deja de ser empleado de la compañía o de sus filiales, se le cobrará un gasto de mantenimiento anual a su cuenta. Computershare tiene la opción de cobrar dichos gastos de mantenimiento, ya sea en forma de cuotas trimestrales o en un pago de suma única anual, el primer trimestre de cada año calendario y Computershare los pagará mediante la venta de una cantidad adecuada de acciones o de la parte de una acción. (Si lo transfieren a una filial de la compañía que no es un Empleador Participante, es posible que la compañía continúe pagando el gasto de mantenimiento).
- Si es propietario de una Acción completa, como mínimo, puede cerrar su cuenta del Plan transfiriendo sus Acciones a una cuenta “General de Accionistas” que Computershare mantendrá en su nombre. Puede hacer esta transferencia recibiendo todas las acciones enteras en forma de certificados con un cheque por cualquier propiedad de acciones fraccionadas o volver a depositarlas en la cuenta General de Accionistas, o bien, Computershare puede transferir las acciones de manera electrónica, si usted así lo solicita. Consulte a Computershare para obtener más información sobre los gastos asociados a la cuenta General de Accionistas.

FOLLETO INFORMATIVO

- Puede cerrar su cuenta del Plan luego de vender todas las Acciones que tenía en esta y obtener todas las ganancias, o bien, puede solicitar que le entreguen certificados por las acciones completas (y ganancias en efectivo por las acciones fraccionadas que se le pagaron). Las ganancias de toda venta de acciones completas o fraccionadas estarán libres de comisiones de corretaje, honorarios de venta y otros cargos correspondientes. Su cuenta se cerrará automáticamente si lo despiden y no hay acciones o acciones fraccionadas en su cuenta.

Si fallece antes de que se cierre su cuenta del Plan, esta se distribuirá según la documentación legal presentada ante Computershare o entre sus herederos, a menos que haya acordado previamente con Computershare mantener sus acciones en una cuenta conjunta. En caso de tener una cuenta conjunta, el titular de dicha cuenta puede hacer los trámites necesarios ante Computershare para transferir las acciones a una cuenta General de Accionistas que Computershare mantendrá, a cargo del titular de la cuenta conjunta, o distribuir las Acciones (o las ganancias obtenidas de la venta de estas), menos los gastos o las comisiones correspondientes.

Si abrió una cuenta de copropietario antes del 1 de abril de 2018, puede comunicarse con Computershare por teléfono al **800-438-6278** para eliminar a un copropietario de su cuenta.

Modificaciones y finalización del Plan

El Plan no tiene una fecha de vencimiento determinada. La Junta Directiva de la compañía, el Comité o cualquier otro comité debidamente designado de la Junta Directiva puede modificar o finalizar el Plan en cualquier momento. Sin embargo, si la ley o las normas aplicables de una bolsa de valores nacional exigieran la aprobación de los accionistas para una modificación, la modificación quedará sujeta a esa aprobación. Ninguna modificación o finalización del Plan hará que usted pierda los derechos sobre: (1) los fondos que contribuyó al Plan o los fondos paralelos que haya contribuido la compañía y que aún no se hayan utilizado para comprar Acciones, (2) las acciones (o acciones fraccionadas) de las Acciones acreditadas en su cuenta del Plan, o (3) los dividendos o las distribuciones declaradas con respecto a las Acciones después de contribuir al Plan, pero antes de la fecha efectiva de la modificación o finalización.

Información sobre impuestos

El siguiente resumen de las consecuencias del Plan del impuesto sobre los ingresos en los Estados Unidos se basa en el Código Fiscal y en todas las reglamentaciones de dicho Código que se encuentran en vigencia a la fecha de creación de este folleto informativo. Este resumen no cubre los impuestos a las ganancias estatales ni locales, ni los impuestos de jurisdicciones que no sean los Estados Unidos. Consulte a su asesor fiscal con respecto a las consecuencias impositivas individuales antes de comprar Acciones según el Plan.

COMPRA DE ACCIONES CONFORME AL PLAN DE COMPRA DE ACCIONES

No se aplican consecuencias del impuesto federal sobre los ingresos cuando se inscribe en el Plan o cuando se compran Acciones para usted conforme al Programa de Compra de Acciones, ya sea a través de deducciones del sueldo o de contribuciones voluntarias. El monto de las deducciones del sueldo y de las contribuciones voluntarias conforme al Plan no es deducible a los fines de determinar su ingreso gravable federal. El monto del sueldo que usted ha deducido conforme al Plan y el valor total de las contribuciones paralelas de la compañía se consideran como ingresos ordinarios para usted durante el año calendario de las deducciones o las contribuciones, según sea el caso, y se informarán en su recibo de sueldo y en el formulario W-2. La compañía deduce todas las retenciones salariales correspondientes y demás impuestos del resto de su remuneración (aumentando las deducciones del sueldo y otras deducciones impositivas a tal fin) con respecto a la cantidad del salario que se deduce conforme al Plan y las contribuciones paralelas a su cuenta del Plan, si existieran. La compañía tiene derecho a una deducción impositiva sobre el monto de la contribución paralela en el mismo año que usted produce sus ingresos.

PREMIOS AL DESEMPEÑO SOBRESALIENTE CONFORME AL PROGRAMA DE PREMIOS AL DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Las concesiones de Acciones conforme al Programa de Premios al Desempeño Sobresaliente son gravables como ingresos ordinarios en el año calendario del premio, independientemente de si los certificados de Acciones se le otorgan directamente a usted o si las Acciones se otorgan a su cuenta del Plan. Sus ingresos ordinarios serán el valor de mercado de las Acciones a la fecha en que se le otorga el premio, multiplicado por el número de Acciones otorgadas. El valor de mercado de toda Acción otorgada se informará en su formulario W-2. La compañía deducirá todas las retenciones salariales correspondientes y demás impuestos del resto de su remuneración (aumentando las deducciones del sueldo a tal fin). La compañía tiene derecho a una deducción impositiva en la misma cantidad y en el mismo año en que usted produce sus ingresos ordinarios.

VENTA DE ACCIONES O DISTRIBUCIÓN DE CERTIFICADOS

No deberá reconocer ningún ingreso gravable cuando solicite que se le otorguen certificados para algunas o todas las Acciones de su cuenta del Plan. Sin embargo, cuando vende o dispone de sus Acciones de cualquier otra forma, ya sea a través de Computershare o después de recibir los certificados de Acciones, la diferencia entre el valor justo de mercado de las Acciones en el momento de la venta y el valor justo de mercado de las Acciones en la fecha en que las adquirió se aplicará como ganancia o pérdida de capital. El período de tenencia para determinar si la ganancia o la pérdida de capital es a largo o a corto plazo comenzará a partir de la fecha en que adquirió las Acciones (es decir,

FOLLETO INFORMATIVO

la fecha en que se acreditan las Acciones en su cuenta del Plan). La compañía no tendrá deducciones como resultado de su disposición de las Acciones y no será responsable del pago del impuesto a las ganancias u otros impuestos que usted pague sobre las ganancias que pueda obtener de la venta de las Acciones, o que se impongan sobre la transacción de venta, o en relación con esta.

Información disponible

Para obtener más información acerca del Plan o de sus administradores, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362**. También puede escribir a:

Walmart People Services
Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Puede comunicarse con Computershare llamando al **800-438-6278 (800 GET-MART)**, en línea a través de computershare.com/walmart, o escribiendo a la siguiente dirección para enviar toda la correspondencia, incluidas transacciones, solicitudes de certificados de acciones, cartas poder para la venta de valores, compras voluntarias y consultas al servicio de atención al cliente:

Computershare
Attn: Walmart ASPP
P.O. Box 505042
Louisville, Kentucky 40233

Envío electrónico de folletos informativos y otros documentos

Para reducir los costos de administración del Plan y para ayudar con nuestros esfuerzos de sostenibilidad, le pedimos que nos permita enviar folletos informativos y otros documentos relacionados con el Plan de manera electrónica, y que consulte los folletos informativos y los documentos que proporcionamos a los participantes del Plan en One.Walmart.com. Su inscripción en el Plan representará su consentimiento para recibir o acceder a nuestras comunicaciones sobre el Plan y a los folletos informativos relacionados con la compra de Acciones conforme al Plan de manera electrónica a través de One.Walmart.com, a menos que elija afirmativamente recibir copias impresas de dichas comunicaciones. En cualquier momento después de la inscripción puede revocar dicho consentimiento enviando una revocación del consentimiento por escrito para recibir los documentos del Plan de manera electrónica al Departamento de Beneficios a la dirección que aparece a continuación. Además, si desea solicitar una copia impresa del folleto informativo actual relacionado con las compras de Acciones conforme al Plan y de nuestro Informe anual más reciente en el Formulario 10-K, escríbale al Departamento de Beneficios para que le envíen dichos documentos sin cargo.

Documentos incorporados por referencia

Los siguientes documentos presentados por la compañía ante la Comisión de Bolsa y Valores (la "Comisión"), expediente n.º 1-6991, por la presente, se incorporan por referencia en este folleto informativo y forman parte de este:

- Informe Anual de la compañía en el Formulario 10-K para el año fiscal que finalizó el miércoles, 31 de enero de 2018.
- Informes trimestrales de la compañía en el Formulario 10-Q para los trimestres fiscales que finalizaron el 30 de abril de 2018 y el 31 de julio de 2018.
- Los informes actuales de la compañía en el Formulario 8-K presentados en la Comisión el 5 de junio de 2018 y el 26 de junio de 2018.
- Declaración de Representación definitiva de la empresa para la Asamblea Anual de Accionistas de 2018, presentada ante la Comisión el 20 de abril de 2018.
- Anexo 99.1 a la Declaración de registro de la compañía en el Formulario S-8 (Expediente N.º 333-214060).

Todos los documentos presentados por la compañía conforme a las Secciones 13(a), 13(c), 14 y 15(d) de la Ley de Intercambio de Valores de 1934 (la "Ley de intercambio") a la fecha de elaboración de este Folleto informativo o posteriormente serán considerados para su incorporación por referencia a este folleto informativo y para formar parte, de aquí en más, a partir de la fecha de presentación de dichos documentos, excepto para la información provista a la Comisión que no es considerada para ser "presentada" en relación con motivos incluidos en la Ley de Intercambio (de aquí en más, nos referiremos a tales documentos, y los documentos enumerados anteriormente, como "Documentos incorporados"). Toda declaración contenida en un Documento incorporado será considerada para su modificación o invalidación para los propósitos de este folleto informativo, en la medida en que una declaración contenida en el mismo o en cualquier otro archivo posterior del Documento incorporado modifique o invalide dicha declaración. Las declaraciones modificadas o reemplazadas no se considerarán, excepto en la medida en que sean modificadas o reemplazadas de esa manera, como parte del folleto informativo de la Sección 10(a) de la compañía en relación con la compra de las Acciones conforme al Plan, tal como se describe en la portada de este folleto informativo. Este documento y los documentos incorporados por referencia en el presente constituyen dicho folleto informativo de la Sección 10(a).

Estos documentos y el último Informe anual de la compañía para los accionistas, y cualquier otro documento que debamos enviarle conforme a la Norma 428(b) en virtud de la Ley de Valores de 1933, y sus enmiendas, están a su disposición sin cargo, ya sea que los solicite de forma escrita u oral. Envíe su solicitud para recibir los documentos a:

Walmart Inc.
Benefits Department
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

O bien, puede llamar a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

El Plan 401(k) de Walmart

Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart	236
Afiliación al Plan	236
Sus cuentas del Plan 401(k) de Walmart	237
Transferencia de fondos de un plan de un empleador previo o de una IRA	237
Cómo realizar contribuciones a su cuenta	238
Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía	240
Inversión de su cuenta	241
Más información sobre la propiedad de acciones de Walmart	242
Saldos y resúmenes de cuenta	243
Recepción de un pago de liquidación mientras trabaja para Walmart	243
Si usted muere: su beneficiario designado	244
Si se divorcia	245
Si se va de Walmart	246
Si se va de Walmart y Walmart vuelve a contratarlo	247
Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación	248
Presentación de reclamos al Plan 401(k) de Walmart	249
Información administrativa	250
Anexo especial de la notificación impositiva	252
Anexo especial de la notificación impositiva: contribuciones Roth	256

El nombre legal del Plan es Plan 401(k) de Walmart. Su empleador es el único que proporciona este documento. Ninguna filial de Bank of America Corporation revisó ni participó en la creación de la información que se incluye en este documento.

El Plan 401(k) de Walmart

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Inscríbase o modifique sus contribuciones antes de impuestos o sus contribuciones para ponerse al corriente	Visite One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet, o el sitio web del Plan en benefits.ml.com	Llame al Centro de Atención al Cliente al 888-968-4015
<ul style="list-style-type: none"> • NUEVO A partir del 1 de febrero de 2020, puede hacer contribuciones Roth • Inscríbase o modifique sus contribuciones antes de impuestos, contribuciones Roth o contribuciones para ponerse al corriente • Solicitar un paquete de transferencia para realizar una contribución de transferencia • Obtener un folleto de información sobre gastos • Obtener información acerca de sus cuentas del Plan • Obtener una copia de su resumen trimestral • Solicitar un retiro por dificultad financiera o un retiro luego de alcanzar la edad de 59 años y medio • Modificar sus opciones de fondos de inversión • Solicitar un pago de liquidación cuando se va de Walmart • Obtener información acerca de las opciones de inversión del Plan • Solicitar un retiro de su contribución de transferencia • Solicitar un préstamo de su cuenta del Plan 	Visite benefits.ml.com	Llame al Centro de Atención al Cliente al 888-968-4015
Designar un beneficiario	Visite One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet	

Lo que debe saber sobre el Plan 401(k) de Walmart

- Usted es elegible para hacer sus propias contribuciones al Plan tan pronto como sea administrativamente posible después de su fecha de contratación. Puede contribuir del 1% al 50% de su pago elegible cada período de pago.
- Puede elegir hacer contribuciones diferidas del sueldo antes de impuestos y, a partir del 1 de febrero de 2020, contribuciones diferidas del sueldo Roth. Las contribuciones diferidas del sueldo antes de impuestos (y las ganancias de estas) están sujetas a los impuestos federales sobre las ganancias actuales y, en la mayoría de los casos, impuestos estatales y locales, hasta que se distribuyan del Plan. Las contribuciones diferidas del sueldo Roth se hacen antes de impuestos, pero las contribuciones y, en la mayoría de los casos, las ganancias de estas, no están sujetas a los impuestos federales sobre las ganancias cuando se le distribuyan (siempre y cuando la distribución cumpla con ciertos requisitos).
- Si se le acreditan al menos 1,000 horas de trabajo en su primer año y contribuye a su cuenta, comienza a recibir contribuciones paralelas el primer día del mes calendario posterior a su primer aniversario de empleo.
- Una vez que adquiere elegibilidad para las contribuciones paralelas, Walmart realizará contribuciones paralelas por cada dólar que usted aporta, hasta el 6% de su pago anual elegible. (No se hacen contribuciones paralelas por las contribuciones que realice antes de ser elegible para las contribuciones paralelas).
- Siempre tiene el derecho de posesión del 100% sobre el dinero que aporte y sobre el dinero que Walmart aporte a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía.
- Usted decide cómo invertir todas las contribuciones realizadas a su cuenta del Plan.
- Si no especifica cómo se invertirán sus contribuciones, se invierten automáticamente en la opción de inversión predeterminada del Plan, los fondos myRetirement Funds.
- El Plan acepta contribuciones de transferencia desde otros planes de jubilación elegibles. Puede retirar sus contribuciones de transferencia en cualquier momento.
- Puede solicitar un préstamo de su cuenta del Plan, sujeto a las reglas del Plan.

Este es un resumen de los beneficios ofrecidos por el Plan desde el 1 de octubre de 2019. Si surgieran cuestiones relativas a la naturaleza y al alcance de sus beneficios, prevalecerá el lenguaje formal del documento del Plan, no la redacción informal de este resumen.

Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart

ASOCIADOS ELEGIBLES PARA PARTICIPAR EN EL PLAN

Todos los asociados de Walmart Inc. o de subsidiarias participantes son elegibles para participar en el Plan, excepto los siguientes:

- Empleados subcontratados; extranjeros no residentes sin ingresos provenientes de fuentes estadounidenses; contratistas o asesores independientes.
- Personas que no sean tratadas como empleados de Walmart o de sus subsidiarias participantes.
- Asociados cubiertos por un convenio colectivo de trabajo, en la medida en que el convenio no prevea la participación en este Plan.
- Asociados representados por un representante de un convenio colectivo de trabajo después de que Walmart ha negociado de buena fe un acuerdo con el representante respecto del tema de los beneficios.
- Otros asociados que pueden ser contratados de forma conjunta por Walmart y una filial que no sea una filial participante en el Plan.

A los fines de esta Descripción resumida del Plan, se hará referencia a todas las subsidiarias participantes como “Walmart”.

CUÁNDO COMIENZA LA PARTICIPACIÓN

A los fines de sus contribuciones. Si es un asociado elegible, puede comenzar a hacer sus propias contribuciones al Plan tan pronto como sea administrativamente posible después de que su fecha de contratación se ingrese en el sistema de nómina. Consulte [Inscripción en el Plan](#) más adelante en este resumen para obtener detalles sobre el proceso de inscripción.

A los fines de las contribuciones paralelas. Si es un asociado elegible, comenzará a recibir contribuciones paralelas a partir del primer día del mes calendario siguiente a su primer aniversario de empleo en Walmart si tiene, como mínimo, 1,000 horas de trabajo acreditadas durante el primer año y está haciendo sus propias contribuciones (tanto contribuciones antes de impuestos como contribuciones Roth) al Plan. (No se realizan contribuciones paralelas a las suyas antes de que usted sea elegible para tales contribuciones). Por ejemplo, su fecha de contratación fue el 15 de diciembre de 2018 y se le han acreditado 1,095 horas antes del 15 de diciembre de 2019 (su primer aniversario), entonces comenzará a recibir contribuciones paralelas el 1 de enero de 2020 sobre la todas las contribuciones que usted hace al Plan en esa fecha o después de esta.

Si no tiene 1,000 horas de trabajo acreditadas durante el primer año, su elegibilidad para recibir contribuciones paralelas se determinará según las horas trabajadas durante el año del Plan, que va desde el 1 de febrero hasta el 31 de enero. Será elegible para recibir contribuciones paralelas sobre cualquier contribución que usted realice al Plan después del 1 de febrero, inclusive, luego del año del Plan en que tenga, como mínimo, 1,000 horas de trabajo acreditadas. Por ejemplo, si su fecha de contratación es el sábado, 15 de diciembre de

2018 y se le han acreditado solamente 595 horas antes del domingo, 15 de diciembre de 2019 (su primer aniversario), pero usted trabajó 1,095 horas durante el año del Plan que va desde el viernes, 1 de febrero de 2019 hasta el viernes, 31 de enero de 2020, comenzará a recibir contribuciones paralelas el sábado, 1 de febrero de 2020 sobre todas las contribuciones que usted hace al Plan en esa fecha o después.

CÓMO SE ACREDITAN LAS HORAS DE TRABAJO CONFORME AL PLAN

Si es un asociado por hora, las horas que se contaron para el requisito de las 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se cuentan las horas, incluidas las horas extra, que trabaje en Walmart o en sus subsidiarias.
- También se cuentan las horas por las cuales recibe un permiso de ausencia o tiempo personal libre con derecho de sueldo.
- Cuando un período de sueldo se superpone con dos años del Plan, las horas se acreditan para el año del Plan en el cual verdaderamente se trabajaron.

Si es un asociado asalariado o conductor de camión, las horas que se contaron para el requisito de las 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se le acreditan 190 horas por mes por cada mes que trabaje al menos una hora en Walmart o en una de sus subsidiarias.
- En general, debe trabajar al menos seis meses del año del Plan para contar con 1,000 horas acreditadas para el año. (Las vacaciones pagadas en efectivo después de que deja de trabajar en Walmart no representan horas de trabajo adicional para este fin).

Si se convierte en un asociado de Walmart o de cualquier subsidiaria como resultado de la adquisición de su empleador anterior, es posible que se le apliquen reglas de acreditación de servicio especiales.

Conforme a la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Militares Uniformados de 1994 (USERRA), los veteranos que regresan a Walmart o a una subsidiaria luego de un servicio que califica pueden ser elegibles para que se considere el tiempo del servicio militar calificado para las horas de trabajo, conforme a este Plan. Comuníquese con Servicios al Personal al **800-421-1362** para obtener información.

Afiliación al Plan

Poco después de ser elegible para contribuir al Plan (es decir, poco tiempo después de su fecha de contratación), recibirá un paquete de inscripción en la dirección particular que figura en su expediente. En este paquete, se explica cómo puede hacer contribuciones de su pago a su Cuenta 401(k) o su Cuenta Roth y cómo puede dirigir la inversión de los fondos de su Plan entre un menú de opciones de inversión con diversos objetivos de inversiones y sus riesgos relacionados. Dado que el Plan tiene el fin de ser una fuente importante de seguridad financiera durante su jubilación, debe leer detenidamente toda la información relacionada con el Plan y consultar a su familia y a asesores financieros e impositivos antes de tomar cualquier decisión.

Una vez que usted cumpla con los requisitos de elegibilidad para recibir contribuciones paralelas, Walmart igualará todas sus contribuciones posteriores dólar por dólar hasta un 6 % del pago anual elegible, tal como se explica en la sección **Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía**.

Para comenzar a hacer contribuciones al Plan, inscribese en línea en **One.Walmart.com**, **Workday** para los asociados de Jet o **benefits.ml.com**. También puede llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. No obstante, recuerde que, si desea hacer contribuciones Roth al Plan, debe inscribirse en **benefits.ml.com**. Una vez que es elegible, puede inscribirse en cualquier momento.

Cuando se inscribe, puede elegir:

- El porcentaje del pago que desea contribuir por cada período de pago y después del 1 de febrero de 2020, ya sean sus contribuciones antes de impuestos o contribuciones Roth (consulte **Contribuciones a su cuenta** más adelante en este resumen).
- Cómo invertir sus cuentas entre las opciones de inversión del Plan. Los procedimientos y las opciones de inversión del Plan se describen en el paquete de inscripción.

Luego de inscribirse, se le enviará por correo un aviso de confirmación a su dirección particular o, si eligió la opción de envío electrónico de los materiales del Plan, recibirá una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible. La confirmación mostrará el porcentaje del pago de cada cheque que haya escogido para contribuir, ya sea que haya elegido hacer contribuciones antes de impuestos o contribuciones Roth, y las opciones de inversión que haya seleccionado. Revise la confirmación para asegurarse de que la información de inscripción sea correcta.

Sus contribuciones al Plan comenzarán tan pronto como sea administrativamente posible, por lo general, dentro de dos períodos de pago después de inscribirse. No se toman contribuciones de su pago antes de que sea un participante elegible del Plan. Walmart solo realizará contribuciones paralelas para los participantes que contribuyan con sus propios fondos al Plan, conforme a los requisitos de elegibilidad descritos en la sección **Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía**.

Es su responsabilidad revisar sus cheques de pago para confirmar que se haya implementado correctamente su elección. Si considera que su elección no se ha implementado correctamente, notifíquelo al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** oportunamente, para que se tomen las medidas correctivas pertinentes. Su notificación no se considerará oportuna si se realiza pasados los seis meses posteriores a su elección.

Sus cuentas del Plan 401(k) de Walmart

El Plan 401(k) de Walmart consiste en varias cuentas. Usted tendrá algunas o la totalidad de las siguientes cuentas:

- **Cuenta antes de impuestos:** en esta cuenta, se mantienen sus contribuciones antes de impuestos al Plan (incluidas las contribuciones para ponerse al corriente, si las hubiera) ajustadas según las pérdidas o ganancias derivadas de tales contribuciones.

- **Cuenta Roth:** en esta cuenta, se mantienen sus contribuciones Roth al Plan a partir del 1 de febrero de 2020 (incluidas las contribuciones Roth para ponerse al corriente, si las hubiera) ajustadas según las pérdidas o ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta de contribuciones paralelas de la compañía:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones paralelas de Walmart ajustadas según las pérdidas o ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta de transferencia antes de impuestos:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones que usted transfirió a este Plan desde otro plan de jubilación elegible, ajustadas según las pérdidas y ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta de transferencia Roth:** en esta cuenta, se mantiene cualquier monto transferido a este Plan de su cuenta de diferimientos del sueldo Roth designada de otro plan de jubilación elegible.
- **Cuenta 401(k) financiada por la compañía:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones discrecionales de Walmart realizadas a la parte 401(k) del Plan para los años del Plan que finalizaron el 31 de enero de 2011 o antes, ajustadas según las pérdidas y ganancias derivadas de tales contribuciones.
- **Cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía:** en esta cuenta, se mantienen las contribuciones discrecionales de Walmart realizadas a la parte de costo compartido del Plan para los años del Plan que finalizaron el 31 de enero de 2011 o antes, ajustadas según las pérdidas y ganancias derivadas de tales contribuciones.

La tabla de la página siguiente resume algunas de las diferencias entre estas cuentas. Estas diferencias se analizan en más detalle a lo largo de este resumen.

Recuerde que, si pasa a ser un asociado de Walmart o de cualquier subsidiaria como resultado de la adquisición de su empleador anterior, y usted participó en el plan 401(k) de su empleador anterior, es posible que tenga otras cuentas en este Plan en el que se mantengan los montos contribuidos al plan de su empleador anterior.

Transferencia de fondos de un plan de un empleador previo o de una IRA

Cuando comienza a trabajar para Walmart, es posible que tenga fondos a su favor provenientes del plan de jubilación de su empleador anterior, por ejemplo, un plan 401(k), un plan de reparto de utilidades, un plan 403(b) de un empleador exento de impuestos o un plan 457(b) de un empleador del gobierno. Si es así, puede transferir su dinero a este Plan. También puede transferir los fondos antes de impuestos que tenga en una cuenta de jubilación individual (IRA). Usted puede transferir directamente los montos del Plan de una cuenta diferida del sueldo Roth designada a otro plan de jubilación calificado. Si transfiere fondos a este Plan, recuerde estos puntos:

- Una vez que sus fondos se transfieren al Plan 401(k) de Walmart, deben ajustarse a las normas de este Plan, incluidas las normas de pagos de liquidación, y no a las normas de su empleador anterior o de su IRA.
- Su contribución transferida se depositará en su cuenta de transferencia y usted tendrá el 100 % de derecho de posesión.
- Podrá retirar en cualquier momento una parte o la totalidad de sus contribuciones transferidas.

Si le interesa transferir sus contribuciones al Plan, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** o visite benefits.ml.com para obtener un paquete de transferencia.

Cómo realizar contribuciones a su cuenta

Luego de convertirse en un participante del Plan, por lo general, puede elegir contribuir del 1% al 50 % de cada cheque de pago a su cuenta antes de impuestos o su cuenta Roth. Sin embargo, sus contribuciones (incluidas tanto las contribuciones antes de impuestos como las contribuciones Roth) en cualquier año calendario no pueden exceder el límite determinado por el IRS. Para 2020, el límite es de \$19,500. La IRS aumentará este monto de tanto en tanto.

El IRS limita el monto de remuneración anual que puede tenerse en cuenta conforme al Plan para todo participante. Para 2020, este límite es de \$285,000.

A partir del 1 de febrero de 2020, puede elegir si sus contribuciones serán “contribuciones antes de impuestos” o “contribuciones Roth”. Conjuntamente, estas contribuciones se denominan “contribuciones 401(k)” en este resumen. (Antes del 1 de febrero de 2020, todas las contribuciones 401(k) son contribuciones antes de impuestos).

- Las contribuciones antes de impuestos se deducen de su pago *antes* de que se retenga el impuesto federal sobre las ganancias. Esto significa que no paga los impuestos federales sobre las ganancias para los montos que contribuye al Plan. Las ganancias derivadas de estas contribuciones se acumulan libres de impuestos y no

se le cobrarán impuestos hasta que el Plan le distribuya su cuenta antes de impuestos. También puede ahorrar en impuestos locales y estatales, según su localidad. Recuerde que sus contribuciones quedan sujetas a los impuestos de Seguridad Social en el año en que se deduce el monto de su paga. Sin embargo, las distribuciones del Plan no están sujetas a los impuestos de Seguridad Social.

- Las contribuciones Roth se deducen de su pago *después* de que se retenga el impuesto federal sobre las ganancias. Esto significa que usted paga impuestos federales y estatales sobre las ganancias, y de seguridad social, para los montos que contribuye al Plan en el año en que se deduce el monto de su pago. Las contribuciones Roth y las ganancias derivadas de tales contribuciones no suelen estar sujetas a impuestos estatales y federales cuando el Plan distribuye su cuenta Roth. A fin de que las ganancias estén libres de impuestos, la distribución debe ser una distribución “calificada”, como se explica más adelante. (Recuerde que las limitaciones a las ganancias aplicables a las cuentas IRA Roth no se aplican a las contribuciones Roth del Plan. Puede elegir hacer contribuciones Roth independientemente de sus ingresos).

Asimismo, si hace contribuciones al Plan, puede llegar a ser elegible para el “crédito de ahorristas”. Si es un contribuyente casado que presenta una declaración de impuestos conjunta con un ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) de \$65,000 o menos (para 2020), o si es un contribuyente soltero con \$32,500 o menos (para 2020) de MAGI en su declaración de impuestos, es elegible para obtener este crédito impositivo que puede reducir sus impuestos. Para obtener más información, su asesor fiscal puede consultar el Boletín 2001-106 del IRS.

DIFERENCIAS ENTRE LAS CUENTAS DEL PLAN DE REPARTO DE UTILIDADES Y EL PLAN 401(K)					
	Fuente de las contribuciones	¿Pueden elegir las inversiones los participantes?	Derecho de posesión del porcentaje	¿Están disponibles los retiros forzados?	¿Están disponibles los retiros durante el trabajo después de los 59 años y medio de edad?
Cuenta antes de impuestos/ Cuenta Roth (incluidas las contribuciones para ponerse al corriente)	Usted	Sí	100 %	Sí	Sí
Cuenta de contribuciones paralelas de la compañía	Walmart	Sí	100 %	Sí, a partir del 1 de febrero de 2020	Sí
Todas las cuentas de transferencia	Usted	Sí	100 %	Sí	Sí
Cuenta 401(k) financiada por la compañía	Walmart	Sí	100 %	Sí, a partir del 1 de febrero de 2020	Sí
Cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía	Walmart (excepto para transferencias que usted haga al Plan de Reparto de Utilidades)	Sí	2 años: 20 % 3 años: 40 % 4 años: 60 % 5 años: 80 % 6 años: 100 % (El derecho de posesión de las transferencias es del 100 % de inmediato)	Sí, a partir del 1 de febrero de 2020	Sí (hasta donde lo permita el derecho de posesión)

CÓMO SE DETERMINA SU CONTRIBUCIÓN A LA CUENTA 401(k)

El porcentaje de su pago que elige contribuir al Plan se aplica a los siguientes tipos de pago:

- Salario o sueldo regular, incluidas las bonificaciones y los dólares antes de impuestos que utilice para sus contribuciones antes de impuestos o para comprar beneficios disponibles conforme al Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart Inc.
- Horas extras, tiempo libre pagado (utilizado y pagado), paga por luto, deber como jurado y pago de primas.
- La mayoría de los pagos de planes de incentivos.
- Bonificaciones por días festivos.
- Premios especiales de reconocimiento, por ejemplo, el Premio al Desempeño Sobresaliente.
- Pagos de sueldos diferenciales que reciba de Walmart mientras se encuentra con licencia militar calificada. Esto significa que la contribución que tenga vigente cuando sale de licencia continuará aplicándose a sus pagos de salarios diferenciales mientras se encuentra de licencia, a menos que cambie su elección.
- Pago por transición designado en relación al evento de la Ley WARN.

El porcentaje del pago que elija para contribuir al Plan no se aplicará a los siguientes tipos de pago:

- Contribución paralela del 15 % que Walmart realiza en el Plan de Compra de Acciones para Asociados;
- Reembolsos de gastos como los gastos de traslado;
- Pago por discapacidad aprobado;
- Ingresos derivados de acciones, incluidos los ingresos que surgen de opciones de compra de acciones o de derechos restringidos sobre acciones;
- Al finalizar el empleo, un último cheque de pago antes del final de un ciclo normal de pagos (a menos que sea administrativamente posible retener su contribución de ese cheque de pago).

MODIFICACIÓN DEL MONTO DE SU CONTRIBUCIÓN AL PLAN 401(k)

Puede aumentar, reducir, interrumpir o comenzar sus contribuciones en cualquier momento en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com/benefits), [Workday](https://www.workday.com) para los asociados de Jet o [benefits.ml.com](https://www.benefits.ml.com). También puede llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. Su cambio entrará en vigencia tan pronto como sea administrativamente posible, por lo general, dentro de dos períodos de paga. Si modifica el monto de su contribución, se le enviará una confirmación a su dirección particular o, si eligió la opción de envío electrónico de documentos del Plan, recibirá una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible. Es su responsabilidad revisar sus cheques de pago para confirmar que se haya implementado correctamente su elección. Si considera que su elección no se ha implementado correctamente, notifíquelo al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** oportunamente, para que se tomen las medidas correctivas pertinentes. Su notificación no se considerará oportuna si se realiza pasados

los seis meses posteriores a su elección. Si no informa al Centro de Atención al Cliente oportunamente, el monto que se retiene de su cheque de pago se considerará como su elección de diferimiento.

SI TIENE 50 AÑOS O MÁS (CONTRIBUCIONES PARA PONERSE AL CORRIENTE)

Si tiene 50 años o más (o va a cumplir 50 al finalizar el año calendario correspondiente) y está contribuyendo hasta el límite legal o del Plan, se le permite realizar contribuciones adicionales, que se denominan “contribuciones para ponerse al corriente” y se realizan a través de deducciones del sueldo, al igual que sus otras contribuciones. Puede elegir si sus contribuciones para ponerse al corriente serán contribuciones antes de impuestos o contribuciones Roth. Para 2020, sus contribuciones para ponerse al día pueden ser de cualquier monto que no supere los \$6,500 o el 75 % de su paga anual elegible, lo que resulte menor. El IRS puede modificar este monto de tanto en tanto. Sus contribuciones para ponerse al corriente se acreditarán a su cuenta antes de impuestos o su cuenta Roth, según el tipo de contribución que elija hacer. Recuerde que las contribuciones Roth solo se pueden hacer en [benefits.ml.com](https://www.benefits.ml.com).

Por ejemplo, si opta por contribuir el monto máximo de \$19,500 en el año calendario 2020, o si decide contribuir el porcentaje máximo de su pago anual elegible permitido conforme al Plan, podría decidir contribuir hasta \$6,500 más durante el año calendario 2020. Si le interesa hacer contribuciones para ponerse al corriente, puede inscribirse en línea en [One.Walmart.com](https://www.One.Walmart.com), [Workday](https://www.Workday.com) para los asociados de Jet o [benefits.ml.com](https://www.benefits.ml.com), o llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

CONTRIBUCIÓN A MÁS DE UN PLAN DURANTE EL AÑO

El monto total de las contribuciones que puede realizar (incluidas las contribuciones antes de impuestos y las contribuciones Roth) a este Plan y a cualquier plan de otro empleador, incluidos los planes de renta vitalicia 403(b), las pensiones simplificadas para empleados y otros planes 401(k), es de \$19,000 para el año calendario 2019, o de \$25,000 si es elegible para las contribuciones para ponerse al corriente. El IRS puede aumentar este monto de tanto en tanto. Si contribuye a más de un plan durante el año, es su responsabilidad determinar si ha excedido el límite legal.

Si sus contribuciones totales superan el límite legal para el año calendario, debe solicitar que se le reembolse el monto excedido. El monto excedido (a excepción de lo especificado con respecto a las contribuciones Roth) debe estar incluido en su ingreso para ese año y será gravable. Además, si el monto excedido no se le reembolsa para el 15 de abril luego del año en que el monto fue diferido, se le cobrará un impuesto por segunda vez cuando el monto excedido se le distribuya. Para solicitar que este Plan le devuelva las contribuciones en exceso, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362** antes del 1 de abril siguiente al año calendario en el cual se hicieron las contribuciones en exceso. El Administrador establecerá procedimientos para determinar si se le devolverán las contribuciones antes de impuestos o las contribuciones Roth, si hizo los dos tipos

de contribuciones durante el año calendario. En la medida en que los montos en exceso se distribuyan desde sus contribuciones Roth, no deberá pagar impuestos por estas, pero sí por las ganancias relacionadas que se distribuyan. Se perderá toda contribución paralela relacionada con contribuciones reembolsadas.

SI PRESTA SERVICIO MILITAR CALIFICADO

Si se ausenta del trabajo para cumplir sus obligaciones en el servicio militar, es posible que la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Militares Uniformados de 1994 (USERRA) le otorgue el derecho de realizar las contribuciones que no realizó durante el período en el servicio militar (es decir, realizar contribuciones iguales al monto que habría sido elegible para hacer si hubiese estado trabajando para Walmart). Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Personal al **800-421-1362**.

Contribuciones de Walmart a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía

Una vez que sea elegible para recibir contribuciones paralelas, Walmart realizará contribuciones paralelas a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía iguales al 100 % de sus contribuciones posteriores (incluidas las contribuciones antes de impuestos, Roth y para ponerse al corriente) hasta el 6 % de su pago anual elegible. No se realizarán contribuciones paralelas a las suyas antes de que usted sea elegible para tales contribuciones. Después de que comience a ser elegible para realizar contribuciones paralelas, la contribución paralela de la compañía se realizará en su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía cada período de pago hasta que alcance el monto total de la contribución paralela de la compañía para la cual es elegible para ese año del Plan. Su pago anual elegible para este fin es el mismo que el que se describió anteriormente para determinar sus contribuciones 401(k) al Plan, pero no incluye los montos que se le pagaron antes de que usted se volviera elegible para recibir contribuciones paralelas.

Como se mencionó anteriormente, si se ausenta del trabajo para cumplir obligaciones del servicio militar calificado, es posible que la Ley USERRA le otorgue el derecho de realizar las contribuciones a la Cuenta 401(k) que no realizó durante el período en el que prestó servicio militar. Si efectivamente compensa contribuciones a la Cuenta 401(k), Walmart deberá compensar las contribuciones paralelas que usted hubiera recibido para tales contribuciones. Si cree que esta regla se aplica en su caso, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

DERECHO DE POSESIÓN DE SU CUENTA DE CONTRIBUCIONES PARALELAS DE LA COMPAÑÍA

Siempre tiene un derecho de posesión del 100 % sobre las contribuciones paralelas de Walmart que realice a su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía.

DERECHO DE POSESIÓN DE SU CUENTA DE REPARTO DE UTILIDADES FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Si tiene una cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (consulte [Sus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart](#) que aparece anteriormente en este resumen), el porcentaje de derecho de posesión de esta cuenta es la parte que usted tiene derecho a recibir si se va de Walmart. En sus resúmenes de cuenta, se muestran los porcentajes con derecho de posesión.

A usted se le concede derecho de posesión sobre su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía (que no sean transferencias a esa cuenta, sobre las cuales tendrá siempre un derecho de posesión del 100 %) en función de los años trabajados en Walmart de la siguiente manera:

PROGRAMA DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS DEL REPARTO DE UTILIDADES*

Años de servicio	Porcentaje de derecho de posesión
Menos de dos	0 %
2	20 %
3	40 %
4	60 %
5	80 %
6 o más	100 %

* Se aplica a los participantes que se encuentran trabajando activamente el 31 de enero de 2008 o después.

NOTA: Si su empleo finalizó antes del 1 de febrero de 2007, su pago de liquidación se basó en el cronograma previo de derechos de posesión y no en el cronograma de derechos de posesión que aparece anteriormente.

Un año de trabajo en este caso equivale a un año del Plan (del 1 de febrero al 31 de enero) en el cual se le acreditan al menos 1,000 horas de trabajo según la reglamentación de horas de trabajo (consulte la sección [Cómo se acreditan las horas de trabajo conforme al Plan](#) que aparece anteriormente en este resumen). Si se le acreditan menos de 1,000 horas en un año del Plan, su derecho de posesión no aumenta por ese año. (Recuerde que, en este caso, los años de trabajo no se determinan por su fecha de aniversario).

Si su relación laboral con Walmart finaliza porque se jubila (a los 65 años o más) o por fallecimiento, su derecho de posesión sobre la cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía será del 100 %, independientemente de sus años de trabajo. Tendrá un derecho de posesión del 100 % sobre su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía si el plan se terminara.

CONCESIÓN DE SU CUENTA 401(k) FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Siempre dispone del 100 % de derechos de posesión sobre las contribuciones de Walmart a su cuenta 401(k) financiada por la compañía.

Inversión de su cuenta

SUS OPCIONES DE INVERSIÓN

Usted decide cómo se invertirán sus cuentas. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- **Los fondos myRetirement Funds.** Los fondos myRetirement Funds son una serie de opciones de inversión personalizadas creadas exclusivamente para los participantes del Plan por el Comité de Inversión de Beneficios, que se conocen comúnmente como fondos “con la jubilación como fecha tope”. Los fondos myRetirement Funds son opciones de inversión diversificadas que cambian automáticamente la asignación de los activos con el transcurso del tiempo, a fin de ser más conservadoras a medida que se acerca a la edad de jubilación. Para lograrlo, se mueve la cantidad de dinero que se destina a inversiones más agresivas, como las acciones, y se la asigna a inversiones más conservadoras, como los bonos, a medida que se acerca a la edad de jubilación.
- **Entre un menú de opciones de inversión que ofrece el Plan.** Tenga en cuenta que las acciones de Walmart son opciones de inversión solamente para su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía. Las acciones de Walmart no se ofrecen para la inversión a través de ninguna de sus otras cuentas del Plan (aunque en la medida en que tales cuentas mantengan acciones de Walmart, siempre puede vender tales acciones, pero no se permite que se compren acciones de Walmart en el futuro).

Puede elegir una de las opciones de inversión, o bien, repartir su dinero entre varias opciones de inversión. Las ganancias o las pérdidas de las inversiones de sus cuentas dependen del rendimiento de las inversiones que elija.

Si no elige una opción de inversión para las contribuciones actuales de su cuenta, estas se invertirán en uno de los fondos myRetirement Funds según su edad. Para obtener más información, consulte la notificación Alternativa de inversión predeterminada calificada (QDIA) y su paquete de inscripción. Para obtener estos documentos, visite benefits.ml.com o llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

Debido a que la cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía es un plan de propiedad de acciones para empleados, la totalidad o una parte importante de las contribuciones de reparto de utilidades de Walmart se invirtió en acciones de Walmart, para los años del Plan que finalizaron antes del 31 de enero de 2006. Si usted era un participante del Plan antes de esa fecha, es posible que tenga acciones de Walmart en su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía. Para los años del Plan que finalizaron el 31 de enero de 2007 o después, las contribuciones de reparto de utilidades de Walmart no se invirtieron en acciones de Walmart.

En el paquete de inscripción que recibe cuando es elegible para inscribirse, se incluye una descripción de todas las opciones de inversión, incluidos los fondos myRetirement Funds. También puede obtener información adicional sobre cada opción de inversión consultando la notificación anual de información sobre gastos del participante. Puede obtener una copia gratuita accediendo en línea a su cuenta en benefits.ml.com o llamando al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

Recuerde que este Plan se elaboró expresamente como un “plan de la Sección 404(c) de ERISA”. Esto significa que usted asume todos los riesgos de inversión relacionados con las opciones de inversión que selecciona conforme al Plan, o donde se inviertan sus fondos si usted no selecciona una opción de inversión, incluido el aumento o la disminución del valor de mercado. Ni Walmart Inc. ni el Comité de Inversión de Beneficios ni el depositario son responsables de las pérdidas de las cuentas que se produzcan como resultado directo y necesario de las decisiones de inversión que usted tomó o, si usted no tomó una decisión de inversión, como resultado de que sus cuentas no fueron invertidas en un fondo predeterminado.

Si tiene una cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (consulte [Sus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart](#) que aparece anteriormente en este resumen) y decide invertir total o parcialmente su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía en acciones de Walmart, o mantener las acciones de Walmart en sus otras cuentas, recuerde que esta opción es una inversión individual en acciones y, por lo tanto, generalmente conlleva un riesgo mayor que las opciones ofrecidas por el Plan.

CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN DE INVERSIÓN

También es importante revisar periódicamente su cartera de inversiones, los objetivos de sus inversiones y las opciones de inversión disponibles conforme al Plan, para asegurarse de que sus inversiones estén alineadas con sus objetivos y su nivel de tolerancia al riesgo. Para obtener más fuentes de información sobre inversiones individuales y diversificación, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo en www.dol/agencias/ebsa y escriba “inversiones y diversificación” en el campo de búsqueda.

Puede obtener información más específica sobre sus derechos y opciones de inversión conforme al Plan en benefits.ml.com o llamando al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

MODIFICACIÓN DE SUS ELECCIONES DE INVERSIÓN

Puede modificación de sus opciones de inversión en cualquier momento en línea en benefits.ml.com o llamando al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. Si realiza una modificación en su inversión, se le enviará una notificación de confirmación a su dirección particular, o bien recibirá una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si eligió la opción de envío electrónico de sus materiales del Plan. Es su responsabilidad asegurarse de que se implemente la modificación. Si no recibe una notificación de confirmación, o si no ve aplicada la modificación que solicitó, llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

Si llama al Centro de Atención al Cliente antes de las 3:00 p. m., hora del este, por lo general, la modificación de su inversión se aplicará el mismo día en que llama. Según la modificación de su inversión, puede haber un período de liquidación de hasta tres días antes de que sus fondos se inviertan en su nueva elección.

DIVERSIFICACIÓN

Para ayudarlo a diversificar sus ahorros de jubilación, el plan le ofrece una variedad de opciones de inversión con diferentes niveles de riesgo y potencial para aumentar en valor. “Diversificar” significa que reparte sus valores entre diferentes tipos de inversiones. Para ayudarlo a alcanzar una seguridad de jubilación a largo plazo, debe considerar cuidadosamente los beneficios de una cartera de inversión diversificada y bien equilibrada. Esta estrategia puede ayudar a reducir el riesgo y puede proporcionar ganancias constantes, ya que una reducción en el valor de una inversión podría deducirse mediante un aumento en el valor de otra. Si invierte más del 20 % de sus ahorros de jubilación en acciones de cualquier tipo, como ser las acciones de Walmart, o en una industria, sus ahorros pueden no llegar a diversificarse de manera adecuada. Si bien la diversificación no puede asegurar una ganancia ni proteger contra pérdidas, puede ser una estrategia efectiva para ayudarlo a manejar el riesgo de inversión.

A la hora de decidir cómo invertir sus ahorros de jubilación, debe tener en cuenta todos sus valores, incluidos los ahorros de jubilación fuera del Plan. Por ejemplo, puede poseer acciones de Walmart a través de otros medios. Nunca una sola estrategia va a ser la mejor para todos debido a que, entre otros factores, las personas tienen diferentes objetivos financieros, diferentes tiempos para alcanzar sus objetivos y diferentes niveles de tolerancia al riesgo. Recuerde sus derechos para diversificar su cuenta del Plan y considere cuidadosamente cómo elige invertir su cuenta del Plan. Para obtener información sobre su derecho para diversificar su cuenta y todas sus opciones de inversión disponibles conforme al Plan, acceda a su cuenta en línea en benefits.ml.com o llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. También es importante revisar periódicamente su cartera de inversiones, los objetivos de sus inversiones y las opciones de inversión disponibles conforme al Plan, para asegurarse de que sus inversiones sigan siendo adecuadas para sus metas de jubilación y su tolerancia al riesgo de inversión. Para obtener más información sobre inversiones individuales y diversificación, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo en www.dol/agencias/ebsa y escriba “inversiones y diversificación” en el campo de búsqueda.

Más información sobre la propiedad de acciones de Walmart

VOTACIÓN

Si invierte su cuenta en acciones de Walmart conforme al plan, cada año recibirá todo el material que generalmente se distribuye a los accionistas de Walmart, incluida una tarjeta de instrucciones que indica al depositario cómo desea usted que vote por las acciones de su cuenta del Plan. Los materiales se envían a su dirección particular o electrónicamente, según las elecciones que haya hecho en Internet.

Puede dar instrucciones al depositario, a través del agente de transferencias de la compañía, sobre cómo votar por las acciones de Walmart de sus cuentas del Plan. Esto ocurre generalmente en mayo de cada año. Las instrucciones que da al agente de transferencias y al depositario son

siempre confidenciales. Envíe sus instrucciones de voto directamente al agente de transferencias, que compila los votos y notifica al Comité de Inversión de Beneficios sobre el total de votos emitidos. Luego, el Comité de Inversión de Beneficios notifica al depositario del Plan sobre el total de votos que se emitirán.

Si no da instrucciones al depositario sobre cómo desea usted que vote por sus acciones, el Comité de Inversión de Beneficios votará por esas acciones según su propio criterio. En caso de que ni usted ni el Comité de Inversión de Beneficios ejerzan los derechos de voto, el depositario o un fiduciario independiente designado por el depositario puede votar por las acciones no votadas.

CONFIDENCIALIDAD

Se han diseñado procedimientos para proteger la confidencialidad de sus derechos con respecto a las acciones de capital de Walmart que posee conforme al Plan, incluso el derecho a comprar, vender, mantener o votar en asuntos de representación. Por ejemplo, se han implementado procedimientos con el agente de transferencia de la compañía para las acciones de Walmart que previenen que Walmart Inc. y el Comité de Inversión de Beneficios averigüen cómo votó un participante individual o un beneficiario (excepto según sea necesario para cumplir con las leyes de valores) y que tengan acceso a sus tarjetas de representación individual o comentarios del titular de la tarjeta de representación.

Además, el acceso a información sobre sus decisiones de comprar, vender o mantener acciones de Walmart generalmente está limitado a aquellos que ayudan en la administración del Plan. El Comité de Inversión de Beneficios es responsable de garantizar que estos procedimientos sean suficientes para proteger la confidencialidad de esta información y de que se sigan los procedimientos. Si el Comité de Inversión de Beneficios determina que Walmart podría tener influencia indebida con respecto a sus derechos como accionista (a través de su Cuenta del Plan), el Comité de Inversión de Beneficios designará a una parte independiente para realizar las actividades que sean necesarias para prevenir tal situación.

DIVIDENDOS SOBRE SUS ACCIONES DE WALMART

Si tiene acciones de Walmart en sus cuentas, todos los dividendos que Walmart Inc. pague con respecto a las acciones se acreditarán en sus cuentas. Los dividendos adjudicados a su cuenta antes de impuestos, su cuenta 401(k) financiada por la compañía o su cuenta de transferencias 401(k) serán reinvertidos automáticamente en acciones de Walmart. Los dividendos adjudicados a su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (y su cuenta de transferencia de reparto de utilidades) también se volverán a invertir en acciones de Walmart, excepto en el caso que se indica a continuación.

Si es un participante activo (excepto los beneficiarios y los beneficiarios alternativos, tal como se define en la sección **Si se divorcia**) con seis años de trabajo o más tiene la opción de recibir un pago de liquidación en efectivo por los dividendos pagados sobre las acciones de Walmart que mantiene en su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía o Cuenta de Traspaso de Reparto de Utilidades. Además, si

es un participante que fue despedido, que tenía más de seis años de trabajo al momento de finalizar su relación laboral con la empresa y que continúa manteniendo cuentas en el Plan después de irse, tiene la opción de elegir la liquidación en efectivo por los dividendos pagados sobre las acciones de Walmart que mantiene en su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía o en su cuenta de traspaso de reparto de utilidades. Si no opta por el pago en efectivo, sus dividendos se volverán a invertir en acciones de Walmart.

Puede realizar su elección en cualquier momento llamando al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. Su elección registrada más recientemente se aplicará a todos los dividendos posteriores hasta que cambie su elección (puede cambiarla sólo una vez por cada día hábil). Recuerde que su elección debe hacerse antes del cierre de actividades de negocios el día anterior a la fecha de registro del dividendo para que pueda entrar en vigencia para ese dividendo. No podrá hacer elecciones o modificaciones de elecciones desde la fecha de registro del dividendo hasta la fecha de pago del dividendo (período que habitualmente es de tres a cuatro semanas después de la fecha de registro).

Cada año, Walmart Inc. publica las fechas de registro trimestrales para los pagos de liquidación de dividendos. Puede encontrar esta información en walmart.com. Si necesita información acerca de las próximas fechas de registro para dividendos, también puede llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. Recuerde que se aplica un impuesto al pago de liquidación de dividendos.

Tenga presente que, si solicita un pago de liquidación por dificultad financiera de su cuenta 401(k) dentro de los cinco días hábiles de la fecha de registro para un dividendo y tiene derecho a elegir un pago en efectivo del dividendo, la legislación impositiva exige que el dividendo se le pague automáticamente en efectivo.

Saldos y resúmenes de cuenta

Al menos una vez por año, recibirá un resumen de sus cuentas que muestra las contribuciones realizadas por usted y por Walmart, si las hubiera, el rendimiento de sus opciones de inversión, los valores de sus cuentas y tarifas evaluados para su cuenta. Puede obtener información sobre sus cuentas, incluido un resumen trimestral, en cualquier momento en línea en benefits.ml.com o llamando al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. También puede pedir una copia impresa de los resúmenes trimestrales, sin cargo alguno, en cualquier momento llamando al Centro de Atención al Cliente.

GASTOS APLICADOS A SU CUENTA

Podrán procesarse gastos administrativos y de inversión para sus cuentas. Puede encontrar información sobre los gastos en la notificación anual de información sobre gastos del participante y en línea en benefits.ml.com.

Recepción de un pago de liquidación mientras trabaja para Walmart

Generalmente, usted no tiene derecho a recibir un pago de liquidación del Plan 401(k) de Walmart hasta que finaliza su empleo en Walmart. Sin embargo, en las siguientes situaciones específicas puede tener derecho a recibir un pago de liquidación o préstamo de alguna o todas sus cuentas mientras aún se encuentra trabajando:

- Ante una dificultad financiera o luego de alcanzar la edad de 59 años y medio.
- Las transferencias pueden retirarse en cualquier momento.
- Puede solicitar un préstamo de su cuenta del Plan.

Es importante entender cómo cualquier tipo de pago de liquidación o préstamo por parte del Plan 401(k) de Walmart afecta su situación fiscal. Para obtener más información, consulte la sección [Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación](#) que aparece más adelante en este resumen.

RETIROS POR DIFICULTAD FINANCIERA

Puede retirar el monto total o parcial de su cuenta con derecho irrevocable, según sea necesario para resolver una “dificultad financiera”. (Antes del 1 de febrero de 2020, solo puede retirar fondos de su cuenta 401(k) que no sean ganancias derivadas de esas contribuciones y de su cuenta de transferencia 401(k)).

Según los lineamientos del IRS, se considera que puede existir una dificultad financiera si se solicita para lo siguiente:

- Pago de gastos de atención médica que el seguro no cubre para usted, su cónyuge, sus dependientes o su beneficiario principal afirmativamente designado.
- Costos relacionados directamente con la compra de su residencia principal.
- Pagos de matrícula, aranceles y alojamiento con comida durante los próximos 12 meses de educación superior para usted, su cónyuge, sus dependientes o su beneficiario principal afirmativamente designado.
- Pagos necesarios para evitar el desalojo o el remate judicial de su residencia principal.
- Pago de gastos de sepelio o funeral por fallecimiento de sus padres, cónyuge, hijos, dependientes o su beneficiario principal afirmativamente designado.
- Gastos de reparación por daños ocasionados a su residencia principal, lo que calificaría para una deducción por contingencia conforme a las normas del impuesto federal a las ganancias (determinados independientemente de si la contingencia se trató de un desastre declarado a nivel nacional y si la pérdida supera el 10 % de su ingreso bruto ajustado).

La legislación impositiva federal exige que usted ya haya obtenido todos los pagos de liquidación en el trabajo disponibles (incluidos los retiros en servicio de contribuciones de transferencia, retiros después de la edad de 59 años y medio, y antes del 1 de febrero de 2020, otros préstamos para participantes no gravables que tienen a disposición en virtud de este Plan) antes de solicitar un

pago de liquidación por dificultad financiera. Recuerde también que, si solicita un pago por dificultad financiera dentro de los cinco días hábiles de la fecha de registro de un dividendo y tiene derecho a emitir un voto por un pago en efectivo de ese dividendo, el dividendo se le distribuirá automáticamente en efectivo. Para pagos a partir del 1 de enero de 2020, también se le solicitará que certifique que no tiene el dinero en efectivo suficiente u otros activos líquidos para satisfacer la necesidad.

Recuerde que, si su pago se procesa antes del 1 de enero de 2020, no se le permitirá que contribuya a este Plan ni a otros planes de jubilación o de compra de acciones (incluido el Plan de Compra de Acciones para Asociados) durante los seis meses posteriores a la fecha del pago de liquidación por dificultad financiera. Si es un asociado gerencial con opciones de compra de acciones, no puede ejercer las opciones de compra durante este período de seis meses. Sin embargo, si su pago se procesa después del 1 de enero de 2020, inclusive, no se aplican estas restricciones.

Un pago de liquidación por dificultad financiera es inmediatamente gravable (excepto las contribuciones Roth y, si el pago es una distribución calificada, las ganancias derivadas de las contribuciones Roth), incluida una sanción del 10 % si usted tiene menos de 59 años y medio o si el pago de liquidación no es para cubrir ciertos gastos médicos. Para obtener más información, consulte la sección **Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación** que aparece más adelante en este capítulo.

Para solicitar un pago de liquidación por dificultad financiera en línea, visite benefits.ml.com o llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

RETIROS DESPUÉS DE ALCANZAR LA EDAD DE 59 AÑOS Y MEDIO

En cualquier momento después de alcanzar la edad de 59 años y medio, puede optar por retirar todo o parte de sus cuentas del Plan, hasta donde lo permita el derecho de posesión, aunque todavía trabaje para Walmart. Para solicitar un retiro en línea, visite benefits.ml.com o llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

RETIRO DE CONTRIBUCIONES DE TRANSFERENCIA

Podrá retirar una parte o la totalidad de los fondos de su Cuenta de transferencia 401(k) y su Cuenta de Traspaso de Reparto de Utilidades en cualquier momento, incluso si aún trabaja para Walmart o alguna de sus subsidiarias.

PRÉSTAMOS PARA PLANES

Puede solicitar un préstamo de las partes otorgadas de la cuenta del Plan siempre y cuando siga trabajando en Walmart. El Administrador ha establecido un programa escrito de préstamos en el que se explican detalladamente los requisitos de préstamo del Plan. Para solicitar una copia del programa de préstamos o solicitar un préstamo en línea, visite benefits.ml.com o llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

Por lo general, las normas para préstamos incluyen las siguientes:

- El monto máximo para un préstamo está establecido por las normas del IRS que suelen limitar los saldos totales de préstamos al monto inferior de una de las siguientes opciones: (1) 50 % del total de su cuenta del Plan con derecho de posesión o (2) \$50,000 (o menos según el excedente, si lo hubiera, del mayor de los saldos pendientes de los préstamos durante el plazo de un año previo a la fecha del préstamo en relación con el saldo pendiente actual de préstamos). El monto mínimo para un préstamo es de \$1,000.
- Todos los préstamos tienen que estar garantizados con hasta 50 % del saldo total de su cuenta del Plan.
- Se cobrará un cargo por el procesamiento de la solicitud del préstamo. Podrían sumarse cargos adicionales a los préstamos residenciales. (Los importes de las tasas pueden aumentar periódicamente).
- Todos los préstamos tienen una tasa de interés razonable en términos comerciales establecida periódicamente por el Administrador.
- Es obligatorio pagar los préstamos en cuotas regulares a lo largo de un período de entre uno y cinco años, a menos que lo use para comprar una casa para usted. En ese caso, es posible extender el período de pago, como indica el programa escrito de préstamos de tanto en tanto.
- Solo puede tener un préstamo de uso general y uno residencial pendientes de pago en cualquier momento.
- Se considera que todos los préstamos son inversiones provenientes de su cuenta del Plan. Los pagos de capital e interés del préstamo se acreditan a sus cuentas del Plan.
- Si no realiza los pagos correspondientes en las fechas indicadas, se lo considerará en mora. En determinadas circunstancias, un préstamo impago podría considerarse una distribución del Plan. La importancia de que el saldo del préstamo se considere como una distribución (que no sean contribuciones Roth) es gravable como un ingreso regular y podría estar sujeto a un régimen impositivo. Se emitirá un Formulario 1099-R a su nombre y el total del monto de distribución se presentará al IRS.

Cuando se le autoriza un permiso de ausencia sin goce de sueldo, puede estar exento de los pagos programados durante un período de hasta un año. Si es convocado para el servicio militar calificado y tiene un préstamo pendiente, es posible que se apliquen las normas especiales en virtud de la ley USERRA. Llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** para obtener más información.

Si usted muere: su beneficiario designado

En el caso de su fallecimiento, el saldo total del Plan le será pagado a su beneficiario. Es muy importante que mantenga actualizada la información de su beneficiario. Las opciones de beneficiarios se deben realizar en One.Walmart.com o [Workday](https://Workday.com) para los asociados de Jet. A partir del 1 de febrero de 2020, solo se aceptarán las designaciones de beneficiarios realizadas en línea. (Recuerde que sigue siendo necesario completar el consentimiento de su cónyuge en el Formulario B, como se explica más adelante). Debido a que su cónyuge o pareja posee ciertos derechos sobre el beneficio por fallecimiento, debe actualizar la elección de su beneficiario inmediatamente si se produce un cambio en su estado de relación.

Si tiene un cónyuge y desea nombrar a alguien que no sea su cónyuge como beneficiario designado, su cónyuge debe dar el consentimiento para esta designación. Debe completar el Formulario B de Beneficiario Alternativo para Participantes Casados y su cónyuge debe completar la sección Consentimiento del Cónyuge de ese formulario. El formulario de Consentimiento del Cónyuge debe ser firmado por un escribano público y debe acompañar al Formulario B para que sea válido. El Formulario B y el formulario de Consentimiento del Cónyuge pueden solicitarse en One.Walmart.com. Las designaciones de beneficiarios que realice entrarán en vigencia para todas sus cuentas del Plan.

Si no designa un beneficiario, el beneficio por su fallecimiento se otorgará de acuerdo con las disposiciones predeterminadas del Plan en el siguiente orden, como se indica a continuación:

- Su cónyuge o pareja (según se define a continuación); si no tiene, a sus
- Hijos vivos (no se incluyen los hijastros); si no tiene, a sus
- Padres vivos; si no tiene, a sus
- Hermanos vivos; si no tiene, para
- Herederos.

Recuerde que, si designa a su cónyuge como beneficiario y luego se divorcia, su designación de beneficiario dejará de tener vigencia después del divorcio, a menos que usted complete un nuevo formulario de designación. De manera similar, si no tiene un cónyuge y luego contrae matrimonio, su designación de beneficiario previa dejará de tener vigencia luego del casamiento, a menos que complete un nuevo formulario de designación con el consentimiento de su cónyuge.

Además, recuerde que si designa a un beneficiario y este muere antes de que se emita el cheque del beneficio, el beneficio se le pagará a su beneficiario secundario o, si no tiene, se pagará en virtud de las normas predeterminadas antes indicadas. Si su beneficiario muere luego de que se emita el cheque del beneficio, el beneficio se les pagará a los herederos de su beneficiario. No obstante, recuerde que, si su cónyuge o pareja es su beneficiario, el beneficio siempre se le pagará a los herederos de su cónyuge o pareja en caso de que este muera después de usted, pero antes de que se pague el beneficio. Como ya se mencionó, es muy importante que mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Las opciones de beneficiarios se deben realizar en One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet.

NOTA: A partir del 26 de junio de 2013, su cónyuge del mismo sexo se trata de la misma manera que un cónyuge del sexo opuesto a los fines del Plan. Recuerde que, si tenía un cónyuge del mismo sexo en esa fecha, cualquier designación de beneficiarios que tenía vigente por la que designaba a otra persona que no sea su cónyuge como su beneficiario dejó de ser válida inmediatamente en esa fecha. Su cónyuge será automáticamente su beneficiario, a menos que usted haga una nueva designación de beneficiario con el consentimiento de su cónyuge.

A partir del 1 de enero de 2014, si tiene una “pareja” y no ha hecho una designación de beneficiario afirmativa, su pareja será su beneficiario a menos que usted designe afirmativamente un beneficiario diferente

(independientemente de si la designación ocurrió antes o después de comenzada la relación). Su “pareja” a los fines del Plan significa:

- Su pareja de hecho, siempre y cuando usted y su pareja de hecho:
 - vivan y mantengan una relación constante, exclusiva y comprometida, similar al matrimonio, durante 12 meses, como mínimo, con intenciones de continuar de manera indefinida;
 - no estén casados entre sí ni con otra persona;
 - cumplan con la edad para poder casarse en el estado de residencia y sean mentalmente competentes para dar su consentimiento para el contrato en ese estado;
 - no estén relacionados de manera tal que esto impida un matrimonio legal en el estado en el que viven; y
 - no estén en la relación solo a fin de obtener la cobertura de beneficios; o
- cualquier otra persona a la que esté unida en una relación legal reconocida como creadora de algunos o de la totalidad de los derechos del matrimonio en el estado o en el país en el que se inició la relación.

Debe tomar medidas para asegurarse de que su beneficiario refleje su intención actual conforme al Plan. Las opciones de beneficiarios se deben realizar en One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet.

DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS REALIZADAS ANTES DE 31 DE OCTUBRE DE 2003

Si realizó una designación de beneficiario para el Plan 401(k) el 31 de octubre de 2003 o antes, dicha designación continuará aplicándose a su cuenta antes de impuestos, su cuenta Roth, su cuenta 401(k) financiada por la compañía, su cuenta de contribuciones paralelas de la compañía y su cuenta de transferencia. De manera similar, si designa a un beneficiario conforme al Plan de reparto de utilidades al 31 de octubre de 2003, dicha designación continuará aplicándose a su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía y su cuenta de transferencia de reparto de utilidades. Si cambia su designación de beneficiario luego del 31 de octubre de 2003, se aplicará a todas sus cuentas del Plan y las designaciones previas quedarán sin validez.

Tenga presente que los cambios en su estado de relación pueden afectar su designación de beneficiarios, según se explicó anteriormente.

Como ya se mencionó, es muy importante que mantenga actualizada la información de sus beneficiarios. Las designaciones de beneficiarios se deben realizar en One.Walmart.com o Workday para los asociados de Jet.

Si se divorcia

Si se divorcia, la totalidad o una parte del saldo de su Plan puede otorgarse a un “beneficiario alternativo” por orden judicial, denominada “orden de relaciones domésticas calificadas” (QDRO). Un beneficiario alternativo puede ser su cónyuge o excónyuge, un hijo o un dependiente. (La ley federal en este momento no permite el reconocimiento de una QDRO para un socio a menos que la pareja también sea un dependiente del participante). Debido a que existen requisitos muy estrictos para estos casos, debe

contactar al Administrador de la QDRO al **877-MER-QDRO (877-637-7376)** y obtener una copia gratuita de los procedimientos que su abogado debe usar antes de comenzar a delinear la orden judicial. Una vez que se envía la orden judicial al administrador de la QDRO, se debe revisar para determinar si cumple con los requisitos legales para este tipo de orden, y su procesamiento llevará un plazo determinado. El gasto administrativo para procesar su QDRO se cobrará a su cuenta o según se indique en la orden.

Si se va de Walmart

Cuando deja de trabajar para Walmart, tiene derecho a recibir un pago de liquidación de todas sus cuentas con derecho de posesión del Plan.

Es importante entender cómo cualquier tipo de pago de liquidación por parte del Plan 401(k) de Walmart afecta su situación fiscal. Para obtener más información, consulte la sección **Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación** que aparece más adelante en este resumen.

Puede optar por recibir su pago de liquidación 30 días calendario después de la fecha en que el sistema de nómina refleja la finalización de su relación laboral. Por ejemplo, si la finalización de su empleo se registra y se procesa en el sistema de pagos el domingo, 19 de julio de 2020, usted puede optar por recibir su pago de liquidación el martes, 18 de agosto de 2020 o después.

Después de que se va de Walmart y sus subsidiarias, por lo general, se le enviará una notificación por correo a su dirección particular o electrónicamente, según lo que haya elegido, para informarle que tiene derecho a recibir su pago. Asegúrese de que su dirección esté correcta en su cheque de pago cuando se vaya de Walmart y de sus subsidiarias, o de proporcionar una dirección de envío durante su entrevista de egreso. Si no ha recibido información sobre su pago dentro de los 60 días a partir de la fecha de finalización de su empleo, llame al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**. Para solicitar su pago de liquidación, deberá acceder a su cuenta desde benefits.ml.com o llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

No se requiere de su consentimiento para el pago y el mismo se le otorgará automáticamente:

- **Si el saldo total de su cuenta del Plan con derecho de posesión, excepto su Cuenta de transferencia 401(k), es de \$1,000 o menos en cualquier momento.** Este pago de liquidación automático se realizará apenas sea posible después del último día hábil del tercer mes calendario posterior al mes calendario en cual se registró la finalización de su relación laboral en el sistema de nómina, a menos que usted dé su consentimiento para un pago de liquidación previo como se describió anteriormente. En el ejemplo anterior, si su cuenta es elegible para un pago de liquidación automático y usted no da el consentimiento el pago de liquidación a partir del miércoles, 19 de agosto de 2020, el pago de liquidación se realizará automáticamente apenas sea posible después del sábado, 31 de octubre de 2020.
- **Si tiene más de 70 años de edad, independientemente del saldo total de su cuenta del Plan con derecho de posesión.** El pago de liquidación automático se realizará apenas sea posible, después del último día hábil del segundo mes calendario que le sigue al mes calendario en cual usted cumple 70 años, a menos que usted dé su consentimiento

para un pago de liquidación previo como se describió anteriormente. Por ejemplo, si cumple 70 años en julio de 2020, su cuenta es elegible para un pago de liquidación automático y usted no da el consentimiento para el pago de liquidación, este se realizaría automáticamente en la primera fecha programada obligatoria, después del miércoles, 30 de septiembre de 2020 según las disposiciones del Plan.

Si el saldo total de su cuenta del Plan con derecho de posesión es de más de \$1,000 y usted tiene menos de 70 años, debe dar su consentimiento para el pago de liquidación. El pago de liquidación se realizará lo antes posible después de que el Centro de Atención al Cliente reciba su consentimiento, pero no antes de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que la finalización de su relación laboral se registre en el sistema de nómina.

Si el saldo total de su cuenta del Plan con derecho de posesión es de más de \$1,000, puede optar por retrasar su pago de liquidación hasta cualquier fecha previa a que cumpla los 70 años, pero el saldo de su cuenta del Plan quedará sujeto a un gasto de mantenimiento anual y, posiblemente, a otros gastos. Para obtener más información acerca de estos gastos, consulte la notificación anual de información sobre los gastos del participante. Si elige retrasar su pago, podrá continuar haciendo modificaciones en las elecciones de su inversión, así como lo hizo mientras era un participante activo del plan.

Si vuelve a trabajar en Walmart antes de que se complete su pago de liquidación, este se cancelará y no se hará ningún pago de liquidación de su cuenta.

EL MONTO DE SU PAGO DE LIQUIDACIÓN

Se le pagará el valor total de su cuenta antes de impuestos, su cuenta Roth, su cuenta 401(k) financiada por la compañía, sus cuentas de transferencia y la cuenta de contribuciones paralelas (o bien, habrá distribuciones parciales disponibles a partir del 1 de febrero de 2020, como se explica en la siguiente página). Además, si tiene una cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (consulte **Sus cuentas del Plan 401(k) de Walmart** que aparece anteriormente en este resumen), también se le pagará el valor de la porción con derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía. Perderá (cederá) la porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía, como se indica en **Derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía** anteriormente en este resumen.

El monto que recibirá se basará en el valor de sus cuentas a la fecha en que se procesa el pago de liquidación. Si se le hace un pago de liquidación en efectivo directamente, en lugar de una transferencia a una IRA o al plan de otro empleador, los impuestos correspondientes se retendrán de su cheque.

Cuando se le pague el saldo de su Plan, se aplicará un gasto por procesamiento del cheque.

CÓMO RECIBE SU PAGO DE LIQUIDACIÓN

Dispone de varias opciones para recibir su pago de liquidación.

Normalmente, las cuentas se le pagarán en efectivo. Sin embargo, puede elegir que su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (y su cuenta de transferencia de reparto de utilidades) se salde con acciones

de Walmart (incluso si no está invertida en acciones de Walmart al momento de procesar su pago de liquidación), o bien una parte en efectivo y una parte en acciones de Walmart. También puede optar por que se le pague en acciones de Walmart el valor de su cuenta antes de impuestos, su cuenta 401(k) financiada por la compañía y su cuenta de transferencia en la medida en que dichas cuentas tengan inversiones en acciones de Walmart al momento en que se procesa el pago de liquidación. Cualquier parte de esas cuentas que no esté invertida en acciones de Walmart al momento de su pago de liquidación, se le pagará en efectivo.

Si el total de su cuenta con derecho de posesión es de \$1,000 o menos, o si tiene más de 70 años (independientemente del monto de sus cuentas con derecho de posesión), se saldará directamente a través de un pago único general en efectivo. Si desea recibir parte de su pago de liquidación en acciones de Walmart, o si desea transferir su pago de liquidación a una IRA o al plan de otro empleador, debe llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015** para dar las instrucciones relativas al pago de liquidación dentro del plazo que se indica en la notificación del pago de liquidación. Si no contacta al Centro de Atención al Cliente en tiempo y forma, se le otorgará un pago único en efectivo.

Si el total de sus cuentas del plan con derecho de posesión es de más de \$1,000, su pago no se hará hasta que usted elija la forma del pago y dé su consentimiento para la distribución o hasta que alcance los 70 años de edad.

A partir del 1 de febrero de 2020, puede optar por tomar la totalidad o una parte del valor de su cuenta con derecho de posesión. (No obstante, recuerde que, si toma un pago parcial de su cuenta y el monto restante en la cuenta se reduce a \$1,000 o menos, se deberá retirar como se explicó anteriormente). Para obtener su pago de liquidación, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

Por lo general, sus cuentas se le pagarán directamente a usted, a menos que elija que se transfieran a una IRA o al plan de jubilación de otro empleador.

Si se va de Walmart y Walmart vuelve a contratarlo

Si deja de trabajar en Walmart y en sus subsidiarias, pero la empresa vuelve a contratarlo como un asociado elegible, usted podrá realizar contribuciones propias al Plan a partir de la fecha en que vuelven a contratarlo.

Si deja de trabajar en Walmart y en sus subsidiarias después de volverse elegible para recibir contribuciones paralelas y luego Walmart vuelve a contratarlo, será automáticamente elegible para recibir contribuciones paralelas en su fecha de contratación. De manera similar, si deja de trabajar en Walmart y en sus subsidiarias luego de haber alcanzado el requisito de 1,000 horas necesario para ser elegible para recibir contribuciones paralelas, pero antes de su fecha de participación real, pasará a ser elegible para recibir contribuciones paralelas a partir de la fecha en la que debería haberse convertido en un participante o la fecha en que vuelven a contratarlo (en relación con las contribuciones que realice luego de esa fecha). Si no era participante cuando se fue o no había alcanzado el requisito de 1,000 horas, se lo considerará como un asociado nuevo cuando se lo vuelva a contratar y se le

exigirá completar los requisitos de elegibilidad (consulte **Cuándo comienza la participación** antes en este resumen) a fin de que pueda ser elegible para recibir contribuciones paralelas para el Plan.

LA PORCIÓN SIN DERECHO DE POSESIÓN DE SU CUENTA DE REPARTO DE UTILIDADES FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Cuando finaliza su empleo, no se le pagará la porción sin derecho de posesión de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía (si tiene una). Este monto sin derecho de posesión se denomina “pérdida”.

- Si recibe un pago total del saldo de su Plan con derecho de posesión luego de la finalización de su empleo y mientras aún tiene un derecho parcial sobre su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía, se perderá la porción sin derecho de posesión de su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía en la fecha en que reciba el pago de liquidación.
- Si no recibe un pago total del saldo de su Plan con derecho de posesión después de la finalización del empleo, la porción sin derecho de posesión de su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía no se perderá hasta que tenga cinco “interrupciones en el trabajo” consecutivas. Una interrupción en el trabajo es un año del Plan (del 1 de febrero al 31 de enero) en el cual se le acreditan 500 horas de trabajo o menos. Si se ausenta del trabajo debido a una licencia conforme a la FMLA y ha trabajado 500 horas o menos en el año del Plan, se le acreditarán las horas necesarias para que alcance las 500.01 horas y no incurra en una interrupción en el trabajo.

La porción sin derecho de posesión de su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía que se consideró como pérdida se restablecerá (a su valor anterior) si Walmart o una subsidiaria vuelve a contratarlo antes de que usted tenga cinco interrupciones consecutivas en el trabajo y usted le pague al Plan el monto total de su pago de liquidación dentro de los cinco años posteriores a la fecha en que se lo volvió a contratar. Si vuelve a trabajar con Walmart o una subsidiaria luego de cinco o más interrupciones consecutivas en el trabajo, o si elige no pagar su pago de liquidación como se mencionó anteriormente, no se restablecerá la porción sin derecho de posesión de su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía que se consideró como pérdida.

Si usted tenía el 0 % de derecho de posesión en su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía en el momento de la finalización del empleo, su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía sin derecho a posesión se restablecerá automáticamente si lo vuelven a contratar antes de tener cinco interrupciones en el trabajo consecutivas.

Las pérdidas de la porción sin derecho de posesión de las Cuentas de Reparto de Utilidades Financiadas por la Compañía de participantes que fueron despedidos generalmente se utilizan para pagar los gastos del Plan y para otros propósitos, tales como restaurar los saldos de cuentas, como se indica anteriormente.

Cuando se lo vuelve a contratar, sus años de trabajo en Walmart antes de que se vaya se considerarán a los fines de determinar su derecho de posesión sobre las contribuciones que Walmart realizó en su Cuenta de Reparto de Utilidades Financiada por la Compañía.

Consecuencias del impuesto a las ganancias luego de un pago de liquidación

Las consecuencias impositivas de su participación en el Plan son su responsabilidad. Esta explicación es sólo una descripción breve de las consecuencias de los impuestos Federales de los Estados Unidos relacionadas con su participación en el Plan. La descripción se basa en las leyes actuales y en las interpretaciones actuales de las leyes del Servicio de Impuestos Internos. Debido a que la ley está sujeta a modificaciones y a que la aplicación de la ley puede variar según las circunstancias particulares, esta descripción es de naturaleza general y no debe basarse en ella para determinar sus consecuencias impositivas. Se recomienda especialmente que consulte a un asesor fiscal.

Walmart tiene derecho a una deducción del monto de sus contribuciones, como también de las contribuciones que usted realiza, al Plan. Sus contribuciones antes de impuestos y las contribuciones de Walmart al Plan, como también las ganancias derivadas de esas contribuciones, no suelen estar alcanzadas por el impuesto federal a las ganancias hasta que se le pagan. Se le aplican impuestos sobre sus contribuciones Roth cuando haga estas contribuciones al Plan. No se aplican impuestos sobre las ganancias derivadas de las contribuciones Roth, a menos que tome una contribución que no sea una distribución calificada. (Consulte [Impuestos sobre los pagos de liquidación de contribuciones Roth](#) más adelante).

POSTERGACIÓN DEL PAGO DE IMPUESTOS SOBRE PAGOS DE LIQUIDACIONES A TRAVÉS DE UNA TRANSFERENCIA (EXCEPTO UNA CUENTA ROTH)

A pesar de que los pagos del Plan (que no sean los de su cuenta Roth) están sujetos al impuesto federal a las ganancias, el Código Fiscal brinda un tratamiento impositivo favorable a los pagos de liquidaciones en ciertas circunstancias. Por ejemplo, puede postergar el pago de impuestos sobre su pago de liquidación si le indica al Plan que emita su pago directamente a favor de una IRA o de un plan de jubilación calificado de otro empleador, un plan 403(b) o un plan 457 del gobierno. Esto se denomina transferencia directa. (El cheque será pagadero a la IRA o a otro depositario del plan y se le entregará a usted, a su IRA o a la institución de transferencia. Si el cheque se le envía por correo, será responsable de entregarlo al IRA o a otro depositario del plan dentro de los 60 días).

Si elige este método para su pago de liquidación, no se retendrán impuestos del monto que transfiera. No se le aplicarán impuestos a dicho monto hasta que usted reciba un pago de liquidación de la IRA o de otro plan.

Si no elige que su pago de liquidación se transfiera directamente, la ley federal exige que Walmart retenga el 20 % del pago de liquidación en concepto de impuestos federales, además de las retenciones estatales que se puedan exigir. En algunos casos, la retención del 20 % puede no ser suficiente, lo que puede significar que usted adeudará más impuestos cuando presente la declaración del impuesto a las ganancias.

Si no elige una transferencia directa (y, en cambio, recibe un pago de liquidación real del Plan), también puede transferir esos fondos a una IRA o a un plan de jubilación calificado

de otro empleador, un plan 403(b) o un plan 457 del gobierno, mientras lo haga dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que recibió la distribución. El monto de la transferencia no estará sujeto al impuesto federal a las ganancias hasta tanto usted lo quite de la IRA u otro plan. Sin embargo, si desea transferir el 100 % de su pago de liquidación a una IRA u otro plan, deberá utilizar otro dinero para reponer el 20 % que se retuvo del pago de liquidación. Si solo transfiere el 80 % de lo que recibió, se le aplicará un impuesto sobre el 20 % que se retuvo.

NOTA: Puede transferir la totalidad o una parte de su cuenta que sea elegible para una transferencia a Roth IRA. Todo monto transferido que hubiera sido gravable de no haberse transferido será gravable al momento de la transferencia a la IRA Roth (Tenga presente que usted puede elegir voluntariamente que se retengan los impuestos de los montos al momento de transferir a una IRA Roth).

Para obtener más información acerca de estas normas de transferencia, revise el [Anexo especial de la notificación impositiva](#) que se encuentra a continuación. Guarde este anexo para revisarlo cuando sea elegible para aceptar una distribución.

IMPUESTOS SOBRE LOS PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE CONTRIBUCIONES ROTH

No se aplican impuestos sobre las contribuciones Roth y las ganancias derivadas de dichas contribuciones cuando se distribuyen desde el Plan, siempre que se trate de una distribución "calificada". Una distribución "calificada" es aquella que se hace: (1) a causa de su fallecimiento, discapacidad o luego de alcanzar la edad de 59 años y medio; y (2) una vez transcurrido un período de participación de cinco años. El período de participación de cinco años es el período de cinco años que comienza con el primer año calendario en el cual hizo su primera contribución Roth al Plan (u otro plan 401(k) o 403(b), si dicho monto se transfirió a este Plan) y finaliza el último día del cuarto año calendario a partir de entonces. Por ejemplo, si hace su primera contribución Roth en julio de 2020, su período de participación de cinco años finaliza el 31 de diciembre de 2024. No es necesario que haga una contribución Roth en cada uno de los cinco años.

Si recibe una distribución de sus contribuciones Roth y las ganancias de dichas contribuciones, que no sea una distribución "calificada", las ganancias de sus contribuciones Roth serán gravables al momento de distribución (a menos que transfiera la distribución a una IRA Roth o una cuenta Roth designada en un plan de otro empleador). Si transfiere las contribuciones Roth y las ganancias, no deberá pagar impuestos actualmente sobre las ganancias y posteriormente sobre los pagos de liquidaciones que sean distribuciones calificadas.

Sus contribuciones Roth se pueden transferir solo a una IRA Roth o a una cuenta Roth designada en un plan de otro empleador. Si la transferencia se hace a una cuenta Roth designada en el plan de otro empleador, por lo general, la transferencia debe ser directa (a menos que el monto transferido incluya solo montos que serían gravables si se los distribuyera a usted).

Para obtener más información acerca de estas normas de transferencia, revise el [Anexo especial de la notificación impositiva: contribuciones Roth](#) que se encuentra a continuación. Guarde este anexo para revisarlo cuando sea elegible para aceptar una distribución.

SANCIÓN POR RETIRO ANTICIPADO

Si hace un retiro antes de la edad de 59 años y medio, en vez de transferirlo, en la mayoría de los casos deberá asumir una sanción del 10 % por retiro anticipado, establecida por el IRS sobre la parte gravable del pago de liquidación. Por lo tanto, las contribuciones Roth y, si se las distribuye en una distribución "calificada", las ganancias de dichas contribuciones, no están sujetas a la sanción del 10 % por retiro anticipado. Existen algunas excepciones para esta sanción, tales como fallecimiento, discapacidad, jubilación luego de los 55 años y pago de ciertos gastos médicos. También se aplican normas especiales en el caso de los pagos realizados a reservistas que son llamados a prestar servicio militar activo.

IMPUESTOS SOBRE LOS PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE ACCIONES DE WALMART

También existen normas especiales para las distribuciones de acciones ordinarias de Walmart. Si recibe dinero en efectivo (más de \$200) y acciones de Walmart, y el dinero en efectivo no se transfiere de manera directa, es posible que se aplique una retención, pero el monto retenido no será mayor que el monto de dinero en efectivo que recibe.

Generalmente, si recibe acciones ordinarias de Walmart como parte del pago de liquidación que no se transfiere, solo se aplica el impuesto sobre el valor de las acciones en el momento en que el Plan las adquirió.

Recuerde que, si opta por pagos de liquidación en efectivo de dividendos pagados sobre las acciones de Walmart de su cuenta de reparto de utilidades financiada por la compañía, el dividendo puede ser gravable y no es elegible para su transferencia. El dividendo también es gravable si solicita un pago por dificultad financiera de su cuenta dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de registro para el dividendo y el dividendo se le paga automáticamente en efectivo. El pago de liquidación de dividendos no está sujeto a la sanción del 10 % por retiro temprano mencionada anteriormente. En algunos casos, Walmart Inc. tendrá derecho a la deducción de dividendos pagados sobre las acciones sujetas a esta elección.

IMPUESTOS SOBRE LOS PAGOS A BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIOS ALTERNATIVOS

El tratamiento impositivo mencionado anteriormente se aplica sólo a los pagos de liquidación realizados a participantes. Se pueden aplicar diferentes reglas a los pagos a beneficiarios de participantes fallecidos. En general, si su cónyuge es el beneficiario, tendrá el mismo trato con respecto al impuesto federal a las ganancias y las opciones de transferencia que usted hubiese tenido. Otros beneficiarios, incluso las parejas, solo tendrán derecho a una transferencia directa a una IRA heredada o IRA de Roth. La sanción del 10 % por retiro temprano no se aplica a los pagos a su beneficiario.

Los cónyuges o excónyuges de un participante que recibe un pago de liquidación del Plan conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (qualified domestic relations order, QDRO) generalmente tiene el mismo trato y las mismas opciones con respecto al impuesto federal a las ganancias que hubiese tenido el participante.

Sin embargo, en ciertos casos, un pago de liquidación a nombre de un dependiente no cónyuge, incluso una pareja, conforme a una QDRO (por ejemplo, manutención de menores ordenada por el estado) puede resultar gravable en el impuesto federal a las ganancias para el participante, aunque el pago de liquidación se realice para un beneficiario alternativo dependiente, o en su nombre.

IMPUESTOS SOBRE PRÉSTAMOS

Según lo establece la legislación impositiva actual, todos los préstamos hechos desde el Plan, sin importar el propósito, no se consideran ingresos gravables para el participante a menos que falle en el cumplimiento del pago. En ese caso (como ya se detalló más arriba), la declaración de impuestos mostrará el monto de los ingresos correspondiente al año en que usted se convirtió en moroso. Es posible también que usted deba asumir una sanción del 10 % por retiro temprano.

Presentación de reclamos al Plan 401(k) de Walmart

Si considera que tiene derecho a un beneficio, además de los que procesa el depositario de registros del plan (Merrill Lynch), puede presentar un reclamo ante el Administrador o su delegado:

Walmart Inc.
Attn: Financial Benefits
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Si tiene preguntas acerca de la presentación de reclamos, llame a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

Si su reclamo es rechazado en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre la decisión dentro de un plazo razonable, pero no mayor de 90 días, a partir de la fecha en que el Administrador recibe su reclamo. El Administrador o su delegado puede extender este período hasta 90 días adicionales si determina que se necesita una prórroga debido a circunstancias especiales. Recibirá una notificación sobre toda prórroga antes del vencimiento del período original de 90 días. En la notificación por escrito que recibirá, se indicarán las razones específicas del rechazo de su reclamo, una referencia específica a las disposiciones del Plan sobre las cuales se basa el rechazo, y una descripción de los procedimientos de revisión y los plazos aplicables a dichos procedimientos, incluido su derecho a iniciar acciones legales ante el rechazo de una apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del Administrador, o de su delegado, puede solicitar que el Administrador revise la decisión. El Administrador tiene autoridad discrecional para resolver todas las cuestiones relacionadas con la administración, la interpretación o la aplicación del Plan. Su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Administrador a:

Walmart Inc.
Attn: Financial Benefits
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Su solicitud debe realizarse dentro de los 60 días calendario a partir del rechazo. Su solicitud por escrito debe contener toda la información adicional que usted desee que el Administrador considere. Si no solicita una revisión dentro de este plazo, se considerará que renunció a su derecho a una revisión.

El Administrador procederá inmediatamente con la revisión. Se le enviará notificación escrita sobre la decisión del Administrador con respecto a la revisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud, a menos que se requiera una prórroga de hasta 60 días adicionales debido a circunstancias especiales. En aquellas circunstancias en las cuales la revisión se retrasa para permitirle proporcionar la información adicional necesaria para una revisión adecuada, la duración del retraso no se incluirá en el cálculo de la fecha límite de 60 días y de los períodos de prórroga establecidos anteriormente. La notificación por escrito sobre la decisión del Administrador incluirá las razones específicas de la decisión y hará referencia a las disposiciones específicas del Plan sobre las cuales se basa la decisión.

Debe agotar estos procedimientos antes de que pueda presentar una demanda con respecto a los beneficios de su Plan. Si usted presenta una demanda, debe presentarla en el plazo de un año desde la fecha de su pago o, si no se realiza el pago, la fecha en la que el Administrador rechaza la solicitud de beneficios, en su totalidad o parcialmente, en la apelación (o, si es antes, la fecha en la que el Administrador no responde a su reclamo o apelación dentro de los períodos indicados anteriormente).

Información administrativa

NOMBRE DEL PLAN

El nombre legal del Plan es Plan 401(k) de Walmart.

PATROCINADOR DEL PLAN Y ADMINISTRADOR DEL PLAN EN VIRTUD DE LA LEY ERISA

Walmart Inc. es el Patrocinador del Plan. La información de contacto para asuntos relacionados con el Plan es la siguiente:

Walmart Inc.
Attn: Financial Benefits
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295
800-421-1362

Como Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA, Walmart Inc. es responsable de informar y divulgar las obligaciones que tiene bajo la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA) y todas las demás obligaciones que se exija desempeñar a los administradores de planes de acuerdo con el Código Fiscal y la ley ERISA, excepto para aquellas obligaciones delegadas al Administrador, el Comité de Inversión de Beneficios o el depositario del Fideicomiso. ERISA es la ley federal que impone ciertas responsabilidades a Walmart Inc., al Administrador, al Comité de Inversión de Beneficios y al depositario con respecto a los beneficios de jubilación.

Las subsidiarias de Walmart Inc. pueden participar en el Plan. Para obtener una lista de las subsidiarias que participan actualmente en el Plan, llame a Servicios al Personal.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EMPLEADOR DEL PATROCINADOR DEL PLAN

71-0415188

FIDUCIARIO ADMINISTRATIVO DESIGNADO

El Administrador es la persona que periódicamente ocupa el cargo de vicepresidente ejecutivo de la División de Beneficios Globales de Walmart. El Administrador es el fiduciario administrativo designado del Plan. Como fiduciario administrativo designado del Plan, el Administrador suele ser responsable del manejo, la interpretación y la administración del Plan, lo cual incluye, entre otros, las determinaciones sobre elegibilidad, los pagos de beneficios y otras funciones requeridas, necesarias o aconsejables para llevar a cabo los propósitos del Plan.

Puede comunicarse con el Administrador a la siguiente dirección:

Senior Vice President, Global Benefits Division/Administrator
Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

FIDUCIARIO DE INVERSIONES DESIGNADO

El Comité de Inversión de Beneficios es el fiduciario de inversiones designado del Plan. El Comité es responsable de las políticas de inversión del Plan, incluida la selección de opciones de inversión puestas a disposición conforme al Plan y la selección de la opción de inversión predeterminada.

Puede comunicarse con el Comité de Inversión de Beneficios a la siguiente dirección:

Benefits Investment Committee
Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

DEPOSITARIO DEL PLAN

Northern Trust Company
50 S. LaSalle Street
Chicago, Illinois 60603

Uno o más fideicomisos mantienen todos los activos del Plan, como las contribuciones realizadas por los participantes y las contribuciones de Walmart. Como administrador de bienes, Northern Trust Company recibe y guarda las contribuciones hechas al plan en fideicomiso e invierte dichas contribuciones de acuerdo a las políticas establecidas bajo el plan.

AGENTE DEL SERVICIO DEL PROCESO LEGAL

Corporation Trust Company
1209 Orange Street
Corporation Trust Center
Wilmington, Delaware 19801

También se puede notificar al Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA o al depositario.

NÚMERO DEL PLAN

003

AÑO DEL PLAN

Del 1 de febrero al 31 de enero

TIPO DE PLAN

El Plan 401(k) de Walmart es un plan de contribuciones definidas (plan 401(k), de reparto de utilidades y de propiedad de acciones para empleados).

CESIÓN

Debido a que este es un plan de jubilación controlado por la ley ERISA y otras leyes federales, sus cuentas no pueden asignarse o utilizarse como garantía para un préstamo, ni pueden embargarse o quedar sujetas a procesos de bancarrota. No obstante, pueden formar parte de un acuerdo de divorcio, como se explicó anteriormente en este resumen, en la sección [Si se divorcia](#).

SIN COBERTURA DE LA PBGC

La ley ERISA creó un organismo gubernamental denominado Corporación de Garantías de Beneficios Jubilatorios (Pension Benefit Guaranty Corporation, PBGC). Uno de los fines de la PBGC es asegurar los beneficios que se pagarán conforme a los planes de beneficios definidos. Sin embargo, la PBGC no brinda cobertura para los planes de contribución definidos. Debido a que el Plan es un plan de contribuciones definidas, no es elegible para la cobertura de la PBGC.

MODIFICACIÓN O FINALIZACIÓN DEL PLAN

Walmart se reserva el derecho de modificar o finalizar el Plan en cualquier momento. Las modificaciones son realizadas por la Junta Directiva de Walmart o por su vicepresidente ejecutivo de la División de Personal Global. Ni el Plan ni los beneficios descritos en este resumen se pueden modificar de manera oral. Las declaraciones y manifestaciones orales no tienen validez ni efecto por más que las realice un asociado gerencial de Walmart o una subsidiaria participante, el Administrador, un miembro del Comité de Inversión de Beneficios o Merrill Lynch.

Para obtener una copia del documento formal del Plan, escriba a la siguiente dirección:

Walmart Inc.
Attn: People Services
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

También puede llamar al Centro de Atención al Cliente al **888-968-4015**.

PAGOS ERRÓNEOS

Si se realiza un pago conforme al Plan a la parte equivocada, o si se realiza un pago a la parte correcta pero por la cantidad incorrecta, el Administrador puede recuperar el pago erróneo de su recepción ya sea mediante la reducción de su cuenta del Plan o pagos futuros que se deben al destinatario, o puede demandar que el destinatario vuelva a pagar de manera oportuna al Plan.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA ERISA

Como participante de este Plan, se le confieren ciertos derechos y protecciones conforme a la ERISA. La ERISA establece que todos los participantes del Plan tienen derecho a lo siguiente:

- Examinar, de forma gratuita, en la oficina del Administrador del Plan en virtud de la ERISA y en otras instalaciones especificadas, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros y los convenios colectivos de trabajo, y una copia del último informe anual (serie del Formulario 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados.
- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan en virtud de la ERISA, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguros y los convenios colectivos de trabajo, copias del último informe anual (serie del Formulario 5500) y una Descripción Resumida del Plan actualizada. El Administrador del Plan en virtud de la ERISA puede cobrar un precio razonable por las copias. Su solicitud debe enviarse por correo a la siguiente dirección:
Walmart Inc. — ERISA Section 104(b) Request
Attn: People Services
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA otorgue a cada participante una copia del resumen del informe financiero.
- Obtener un resumen que indique el saldo actual de su cuenta y la porción de su cuenta que es no confiscable (que tiene derecho de posesión). Este resumen se debe solicitar por escrito y no se exige más de una vez cada 12 meses. El Plan debe proporcionar el resumen de forma gratuita.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la ERISA impone deberes sobre las personas que son responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que manejan el Plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo en forma prudente y para la conveniencia de todos los participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluidos su empleador u otras personas, puede despedirlo o discriminarlo de manera alguna para evitar que usted obtenga un beneficio jubilatorio o ejerza sus derechos conforme a la ley ERISA.

Si su reclamo de un beneficio se rechaza o se ignora total o parcialmente, usted tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión de forma gratuita y a apelar el rechazo, todo dentro de ciertos plazos.

Conforme a la ley ERISA, existen pasos que puede seguir para hacer valer los derechos expuestos anteriormente. Por ejemplo, si solicita material sobre el plan y no lo recibe dentro de 30 días, puede iniciar un reclamo en la corte federal. En tal caso, la corte puede exigir que el Administrador del Plan en virtud de la ERISA o el Administrador brinde los materiales y pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por razones más allá del control del Administrador del Plan en virtud de la ERISA o del Administrador. Si su reclamo de un beneficio se rechaza o se ignora total o parcialmente, puede iniciar acciones legales en un tribunal estatal o federal. Sumado a esto, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de decisión concerniente al estado calificado de una orden de relación doméstica, puede iniciar un juicio en un tribunal federal.

Si ocurre que los fiduciarios del Plan hacen mal uso del dinero del Plan o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar la ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, o puede iniciar un juicio en los tribunales federales. El tribunal decidirá quién debe pagar los gastos judiciales y honorarios de abogados. Si usted gana, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó que pague tales gastos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague tales costos y honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamo es frívolo.

Si tiene preguntas respecto del Plan, comuníquese con el Administrador del Plan en virtud de la ley ERISA o con el Administrador. Si tiene preguntas sobre este resumen o sobre sus derechos de acuerdo con la ERISA, debe comunicarse con la oficina regional más cercana del Ministerio de Seguridad de Beneficios de Empleados, del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que figura en su directorio telefónico, o la División de Asistencia Técnica e Inquietudes del Ministerio de Seguridad de Beneficios de Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos a la siguiente dirección: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ERISA llamando a la línea de publicaciones del Ministerio de Seguridad de Beneficios de Empleados.

Anexo especial de la notificación impositiva

SUS OPCIONES DE TRANSFERENCIA

La ley establece que los participantes reciban este aviso antes de recibir una distribución del Plan que cumpla con los requisitos necesarios para el traspaso de su pago a una IRA o bien a otro plan de empleador. Usted puede o no cumplir con los requisitos para recibir una distribución del Plan en la actualidad. No obstante, si es elegible, debe leer este aviso con atención antes de elegir una distribución del Plan. El objetivo de este aviso es ayudarlo a decidir si opta por una transferencia o no. Si no es ahora elegible para una distribución, le recomendamos guardar este aviso y leerlo cuando lo sea.

Las normas para la mayoría de los pagos del Plan se describen en la sección [Información general sobre transferencias](#). Las reglas especiales que corresponden a determinadas circunstancias se describen en la sección [Opciones y normas especiales](#).

En este aviso, se describen las normas de transferencia que se aplican a los pagos de liquidación del Plan, excepto aquellos de una cuenta Roth designada. Si además recibe un pago desde su cuenta Roth del Plan (o cualquier monto de Roth fusionado o transferido al Plan desde el plan de su empleador anterior), consulte el [Anexo especial de la notificación impositiva: contribuciones Roth](#) que se encuentra a continuación.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE TRANSFERENCIAS

¿Cómo puede un traspaso afectar mis impuestos? Se le cobrará un impuesto a un pago que se realice desde el Plan si no lo traspasa. Si usted tiene menos de 59 años y medio, y no hace un traspaso, tendrá que pagar además un 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones tempranas (a menos que corresponda una excepción, como se explica más adelante). No obstante, si realiza un traspaso, no tendrá que pagar un impuesto hasta que reciba un pago más adelante, y no corresponderá el 10 % adicional al impuesto a las ganancias si se realiza el pago después de que tenga 59 años y medio (o si corresponde una excepción).

¿A dónde puedo traspasar el pago? Puede transferir el pago a una IRA (cuenta de jubilación individual o renta vitalicia individual, incluso una IRA Roth) o a un plan de un empleador (un plan con incentivos fiscales, un plan sección 403(b) o un plan del gobierno sección 457(b)) que acepte la transferencia. Las reglas de la IRA o del plan del empleador que mantiene la transferencia determinarán sus opciones de inversión, los cargos y los derechos a recibir pagos desde la IRA o el plan del empleador (por ejemplo, no corresponden las reglas del consentimiento del cónyuge a las IRA y, a su vez, las IRA no ofrecen préstamos). Además, el monto transferido estará sujeto a las reglas impositivas que corresponden a la IRA o al plan de un empleador.

¿Cómo hago una transferencia? Tiene dos opciones: Puede hacer un “traspaso directo” o un “traspaso a 60 días”.

Si elige el primero, el Plan realizará el pago directamente a su IRA o al plan del empleador. Comuníquese con el patrocinador de la IRA o el administrador del plan del empleador para obtener más información acerca de cómo realizar una transferencia directa.

Si elige la segunda, puede realizar una “transferencia a 60 días” mediante un depósito en una IRA o un plan del empleador elegible que acepte la transferencia. Tendrá 60 días después de recibido el pago para realizar el depósito. Si no realiza un traspaso directo, está establecido que el Plan retenga el 20 % del pago para impuestos federales (hasta el monto de efectivo recibido). Esto significa que, para traspasar todo el pago con un traspaso a 60 días, deberá usar otros fondos para cubrir el 20 % retenido. Si no traspasa todo el monto del pago, la parte no traspasada será gravable y estará sujeta al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas, siempre y cuando usted esté por debajo de los 59 años y medio (a menos que corresponda una excepción).

¿Qué monto puedo transferir? Si desea realizar una transferencia, puede transferir el monto elegible para una transferencia de forma total o parcial. Por lo general, cualquier pago realizado desde el Plan es elegible para una transferencia. Pero hay algunas excepciones:

- Distribuciones mínimas obligatorias después de los 70 años y medio (o después de su fallecimiento).
- Distribuciones por dificultad económica.
- Dividendos de un Plan de compra de acciones para los empleados (Employee Stock Ownership Plan, ESOP).
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva.
- Los préstamos considerados distribuciones (por ejemplo, los préstamos en mora debido a pagos no realizados antes de que finalice su relación laboral).

El Administrador del Plan o el pagador puede indicarle qué parte de un pago es elegible para una transferencia.

Si no realizo una transferencia, ¿tendré que pagar el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas? Si tiene menos de 59 años y medio, tendrá que pagarlo para todos los pagos realizados desde el Plan (incluso sobre los montos retenidos para el impuesto a las ganancias) que no traspase, a menos que corresponda alguna de las excepciones que se detallan a continuación. Este impuesto se cobra aparte del impuesto regular a las ganancias sobre el pago no traspasado.

El 10 % adicional al impuesto a las ganancias no corresponde a los siguientes pagos del Plan:

- Pagos realizados después de que finalice su relación laboral si tiene, por lo menos, 55 años en el año en que esto ocurre.
- Pagos realizados por discapacidad.
- Pagos después de su fallecimiento.
- Pagos de dividendos en virtud del ESOP.
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva.

- Pagos realizados directamente al gobierno para cumplir con un gravamen federal.
- Pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO).
- Determinados pagos realizados mientras se encontraba en servicio activo si fue un miembro de la reserva militar que fue convocado después del 11 de septiembre de 2001 y permaneció en servicio durante más de 179 días.

Si realizo un traspaso a una IRA, ¿el impuesto adicional de 10 % a las ganancias corresponderá a las distribuciones tempranas de la IRA? Si recibe un pago desde una IRA cuando tiene menos de 59 años y medio, tendrá que pagar el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas desde la IRA, a menos que corresponda una excepción. Por lo general, las excepciones de este caso son las mismas que corresponden a las distribuciones tempranas de un plan. No obstante, existen algunas diferencias para los pagos desde una IRA, entre ellas:

- No existen excepciones para pagos después de que finaliza la relación laboral después de los 55 años.
- No corresponde la excepción para una QDRO (aunque sí hay una regla especial que establece que, como parte de un acuerdo de divorcio o separación, es posible realizar una transferencia libre de impuestos a una IRA de un cónyuge o excónyuge).
- Corresponde una excepción para pagos realizados por lo menos anualmente en montos iguales o aproximados durante un período específico (independientemente de si finalizó su empleo o no).
- Existen otras excepciones para (1) pagos de gastos calificados relacionados con la educación superior, (2) pagos de hasta \$10,000 usados en compras calificadas de primera vivienda y (3) pagos realizados después de que recibió compensación por desempleo durante 12 semanas consecutivas (o hubiese sido elegible para recibirla si no fuera por su situación de trabajador independiente).

¿Deberé impuestos estatales a las ganancias? Este aviso no describe las reglas de ningún impuesto estatal o local a las ganancias (incluso las normas de retención).

OPCIONES Y REGLAS ESPECIALES

Si su pago incluye contribuciones después de impuestos: Si tiene contribuciones después de impuestos que se fusionaron al Plan 401(k) de Walmart, están sujetas a reglas impositivas especiales cuando se distribuyan desde el Plan 401(k) de Walmart. (Consulte a continuación si hizo contribuciones Roth al Plan).

Por lo general, las contribuciones después de impuestos incluidas en un pago no están sujetas a impuestos. Si un pago es solo una parte de su beneficio, se incluye una parte imputable de sus contribuciones después de impuestos en el pago, por lo que no puede tomar un pago solo de contribuciones después de impuestos. Sin embargo, si tiene contribuciones después de impuestos previas a 1987 en una cuenta separada, es posible que se aplique una norma especial para determinar si las contribuciones después de impuestos están incluidas en un pago. Además, se aplican normas especiales cuando hace una transferencia, como se describe a continuación.

Puede transferir a una IRA un pago que incluya contribuciones después de impuestos a través de una transferencia directa o una transferencia a 60 días. Debe llevar un registro del monto unificado de las contribuciones después de impuestos en todas sus IRA (para determinar los ingresos gravables para pagos posteriores de IRA). Si hace una transferencia directa solo de una parte del monto pagado del Plan y al mismo tiempo se le paga a usted el resto, la parte transferida directamente estará compuesta primero por el monto que sería gravable si no se transfiriera. Por ejemplo, supongamos que recibe una distribución de \$12,000, de los cuales \$2,000 son por contribuciones después de impuestos. En este caso, si usted transfiriera directamente \$10,000 a una IRA que no sea una IRA Roth, ningún monto será gravable debido a que el monto de \$2,000 no transferido directamente se considera contribución después de impuestos. Si hace una transferencia directa de todo el monto pagado del Plan a dos o más destinos al mismo tiempo, puede elegir qué destino recibe las contribuciones después de impuestos.

Si hace una transferencia a 60 días a una IRA de solo una parte de un pago que se le haya hecho a usted, las contribuciones después de impuestos se consideran como transferidas al último. Por ejemplo, supongamos que recibe una distribución de \$12,000, de los cuales \$2,000 son por contribuciones después de impuestos, y ninguna parte de la distribución se transfiriera directamente. En este caso, si usted transfiriera \$10,000 a una IRA que no sea una IRA Roth en una transferencia a 60 días, ningún monto será gravable debido a que el monto de \$2,000 no transferido se considera contribución después de impuestos.

Puede hacer una transferencia a un plan del empleador que incluya contribuciones después de impuestos, pero solo a través de una transferencia directa (y solo si el plan de recepción justifica de manera independiente las contribuciones después de impuestos y no es un plan del gobierno sección 457(b)). Puede hacer una transferencia a 60 días a un plan del empleador de un pago que incluya contribuciones después de impuestos, pero solo hasta el monto del pago que sería gravable si no se transfiriera.

Si no cumple con la fecha límite de 60 días de la transferencia: Por lo general, no es posible prorrogarla. No obstante, el IRS tiene autoridad limitada para eximir del cumplimiento con la fecha límite en determinadas circunstancias extraordinarias; por ejemplo, cuando no pudo completar la transferencia por fuerza mayor antes de la fecha límite de 60 días. Para solicitar una eximición, usted deberá presentar una solicitud para resolución por carta privada al IRS. Esto requiere el pago de un cargo para usuarios no reembolsable. Para obtener más información, consulte la Publicación 590 del IRS, *Medidas de jubilación individual*.

Si su pago incluye acciones del empleador que usted no traspasa: Si no realiza un traspaso, puede usar una regla especial para pagos de acciones del empleador que se pagan en una única suma después de que finaliza la relación laboral (o después de que el participante cumpla los 59 años y medio, sufra una discapacidad o fallezca). Según lo establecido por esta regla, la apreciación accionaria neta no realizada no será gravable cuando se distribuya desde el Plan, pero sí cuando venda la acción (y se cobrará a tasa

de ganancias eventuales). Por lo general, la apreciación accionaria neta no realizada se refiere al incremento del valor de las acciones del empleador después de haber sido adquiridas por el Plan. Si traspasa un pago que incluye las acciones del empleador (por ejemplo, vendiendo las acciones y traspasando las ganancias dentro de los 60 días del pago), la regla especial relacionada con las acciones del empleador distribuidas no se aplicará a ningún pago posterior desde la IRA o desde el plan de un empleador. El Administrador del Plan puede informarle acerca del monto de cualquier apreciación accionaria neta no realizada.

Si tiene un préstamo pendiente que está siendo compensado: Si tiene un préstamo pendiente del Plan, su beneficio del Plan puede ser compensado con el monto del préstamo, normalmente cuando su relación laboral finaliza. El monto compensado del préstamo se considera una distribución para usted al momento de la compensación. Por lo general, puede transferir la totalidad o una parte del monto compensado. Cualquier monto compensado que no se transfiriera será gravable (incluido el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre distribuciones anticipadas, a menos que se aplique una excepción). Puede transferir montos compensados a una IRA o a un plan del empleador (si los términos del plan del empleador permiten que el plan reciba transferencias de montos compensados del préstamo del plan).

El tiempo que tiene para completar la transferencia depende de qué tipo de compensación de préstamo del plan tiene. Si tiene una compensación de préstamo del plan calificada, tendrá hasta la fecha límite de la declaración de impuestos (incluidas las prórrogas) del año fiscal durante el cual se produce la compensación para completar su transferencia. Una compensación de préstamo del plan calificada se produce cuando se compensa un préstamo del plan vigente debido a que el plan del empleador finaliza, o debido a que usted se aparta del empleo. Si la compensación de préstamo del plan se produce por cualquier otro motivo, tiene 60 días a partir de la fecha en que se produce la compensación para completar la transferencia.

Si nació el 1 de enero de 1936 o antes: Si nació el 1 de enero de 1936 o antes y recibe una distribución de única suma que no traspasa, es posible que correspondan reglas especiales para calcular el monto del impuesto sobre el pago. Para obtener más información, vea la Publicación 575 del IRS, *Pensiones y rentas vitalicias*.

Si transfiriere su pago a una IRA Roth: Si traspasa un pago a una IRA Roth, se aplicará una regla especial según la cual el monto del pago traspasado será gravable. No obstante, no corresponderá el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas (a menos que mueva el monto traspasado a una IRA Roth dentro de un período de cinco años, a partir del 1 de enero del año del traspaso). Si transfiriere el pago a una IRA Roth, los pagos posteriores realizados desde allí que se consideren distribuciones calificadas no serán gravables (incluso ganancias posteriores a la transferencia). Se considera una distribución calificada desde una IRA Roth a un pago realizado después de que usted haya cumplido los 59 años y medio (o después de fallecimiento o discapacidad, o como una distribución de compra calificada de primera vivienda de hasta \$10,000) y haya tenido una IRA Roth durante por lo menos cinco años.

Para aplicar la regla de los cinco años, debe contar desde el 1 de enero del año para el que realizó su primera contribución a una IRA Roth. Aquellos pagos realizados desde una IRA Roth que no se consideren distribuciones calificadas serán gravables hasta el monto de ganancias posteriores al traspaso, que incluye el 10 % adicional impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas (a menos que corresponda una excepción). No es necesario que acepte distribuciones mínimas obligatorias de una IRA Roth de por vida. Para obtener más información, consulte la Publicación 590 del IRS, *Medidas de jubilación individual*.

Si usted no es un participante del plan

Pagos realizados después del fallecimiento de un participante. Si recibe una distribución después de la muerte de un participante y no la traspasa, será gravable de la misma forma en que se describió en otras secciones de este aviso. Sin embargo, no corresponde el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas, y la regla especial detallada en la sección **Si nació el 1 de enero de 1936 o antes** corresponde únicamente si el participante nació el 1 de enero de 1936 o antes.

Si es un cónyuge sobreviviente: Si recibe un pago desde un Plan como cónyuge sobreviviente de un participante fallecido, usted tendrá las mismas opciones de transferencia que hubiera tenido el participante, como se detallan en otras secciones de este aviso. Además, si elige transferir un pago a una IRA, es posible usar la IRA como si fuera una cuenta propia o heredada.

Usar la IRA como una cuenta propia es usarla como las otras IRA a su nombre. Así, los pagos que usted reciba antes de los 59 años y medio estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas (a menos que correspondan excepciones) y las distribuciones mínimas obligatorias desde su IRA no deben empezar hasta después de los 70 años y medio.

Si usa la IRA como una IRA heredada, los pagos realizados desde allí no estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas. No obstante, si el participante había empezado a tomar las distribuciones mínimas obligatorias, usted tendrá que recibirlas desde la IRA heredada. De lo contrario, usted no tendrá obligación de recibir las distribuciones mínimas obligatorias desde la IRA heredada hasta el año en que el participante hubiera alcanzado los 70 años y medio.

Si es un beneficiario sobreviviente, pero no un cónyuge:

Si recibe un pago desde el Plan debido al fallecimiento del participante y porque usted aparece como beneficiario designado y no como cónyuge sobreviviente, la única opción que tiene es realizar una transferencia directa a una IRA heredada o una IRA Roth. Pagos realizados desde allí no estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas. Tendrá que recibir las distribuciones mínimas obligatorias desde una IRA heredada o una IRA Roth.

Pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada. Si usted es el cónyuge o excónyuge de un participante que recibe un pago desde un Plan conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (qualified domestic relations order, QDRO), por lo general,

contará con las mismas opciones que el participante (por ejemplo, podrá transferir el pago a su propia IRA o a un plan del empleador elegible que acepte la transferencia). Los pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada no estarán sujetos al 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre distribuciones tempranas.

Si es un extranjero no residente: Si es un extranjero no residente y no realiza un traspaso directo a una IRA estadounidense o a un plan de un empleador estadounidense, el Plan establece que se le retenga el 30 % del pago (y no el 20 %, como en los casos descritos anteriormente) para el impuesto federal a las ganancias. Si el monto retenido supera el monto del impuesto que usted debe (como podría suceder si realiza un traspaso a 60 días), usted podrá solicitar un reembolso del impuesto a las ganancias con solo completar el Formulario 1040NR y adjuntar el Formulario 1042-S. Vea el Formulario W-8BEN para reclamar que le corresponde una tasa reducida de retención de acuerdo con lo establecido en el convenio sobre el impuesto a las ganancias. Para obtener más información, vea la Publicación 519 del IRS, *La guía sobre impuestos para extranjeros no residentes de los Estados Unidos* y la Publicación 515 del IRS, *Retención de impuestos para extranjeros no residentes y entidades extranjeras*.

OTRAS NORMAS ESPECIALES

Si sus pagos del año son inferiores a \$200, el Plan no está obligado a permitirle realizar un traspaso directo ni a retener el impuesto federal a las ganancias. No obstante, usted puede realizar un traspaso a 60 días.

Es posible que tenga derechos especiales para transferencias si recientemente ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias para las Fuerzas Armadas de los EE. UU., consulte la Publicación 3 del IRS *Guía impositiva para las Fuerzas Armadas*. También es posible que tenga derechos especiales para transferencias si sufrió un desastre declarado a nivel federal (o un acontecimiento similar) o si recibió una distribución a causa de un desastre. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias relacionados con fondos para asociados en caso de desastres, consulte el sitio web del IRS en www.irs.gov.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Antes de tomar un pago desde el Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan o el pagador, o con un asesor impositivo profesional. Además, puede encontrar información más detallada sobre el tratamiento impositivo federal de los pagos de los planes del empleador en la Publicación 575 del IRS, *Pensiones y rentas vitalicias*; la Publicación 590 del IRS, *Acuerdos de jubilación individual (Individual Retirement Arrangements, IRA)*; y la Publicación 571 del IRS, *Planes de renta vitalicia con beneficios tributarios (planes 403(b))*. Puede encontrar estas publicaciones en la oficina local del IRS, en la página web www.irs.gov, o puede pedir las por teléfono al **800-TAX-FORM**.

Anexo especial de la notificación impositiva: contribuciones Roth

SUS OPCIONES DE TRANSFERENCIA

La ley exige que los participantes reciban este aviso antes de recibir una distribución del Plan de su cuenta Roth (o cualquier monto de Roth que se haya fusionado y agregado al Plan desde el plan de su empleador anterior). Usted puede o no cumplir con los requisitos para recibir una distribución del Plan en la actualidad. No obstante, si es elegible, debe leer este aviso con atención antes de elegir una distribución del Plan. El objetivo de este aviso es ayudarlo a decidir si opta por una transferencia o no. Si no es ahora elegible para una distribución, le recomendamos guardar este aviso y leerlo cuando lo sea.

Las normas que se aplican a la mayoría de los pagos de su cuenta Roth (o cualquier monto de Roth que se haya fusionado o transferido al Plan desde el plan de su empleador anterior, denominados conjuntamente en este anexo como su “cuenta Roth”) se describen en la sección **Información general sobre transferencias**. Las reglas especiales que corresponden a determinadas circunstancias se describen en la sección **Opciones y normas especiales**.

Las normas que se aplican a los pagos del Plan, excepto de su cuenta Roth (o cualquier monto de Roth que se haya fusionado o transferido al Plan desde el plan de su empleador anterior) se describen por separado en el **Anexo especial de la notificación impositiva** anterior.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE TRANSFERENCIAS

¿Cómo puede un traspaso afectar mis impuestos? No se aplican impuestos sobre las contribuciones después de impuestos incluidas en un pago de su cuenta Roth, pero se pueden aplicar impuestos sobre las ganancias. El tratamiento impositivo de las ganancias incluidas en el pago depende de si el pago se trata de una distribución calificada. Si un pago es solo una parte de su cuenta Roth, este incluirá una parte imputable de las ganancias de su cuenta Roth.

Si el pago del Plan no es una distribución calificada y usted no hace una transferencia a una IRA Roth o una cuenta Roth designada de un plan del empleador, se aplicarán impuestos sobre las ganancias en el pago. Si tiene menos de 59 años y medio, también se aplicará un impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas (por lo general, distribuciones realizadas antes de los 59 años y medio de edad), a menos que se aplique una excepción. Sin embargo, si hace una transferencia, no deberá pagar impuestos actualmente sobre las ganancias y posteriormente sobre los pagos que sean distribuciones calificadas.

Si el pago del Plan es una distribución calificada, no se aplicarán impuestos sobre ninguna parte del pago, incluso si no hace una transferencia. Si hace una transferencia, no se aplicarán impuestos sobre el monto que transfiera ni sobre cualquier ganancia derivada de dicho monto transferido si se paga posteriormente en una distribución calificada.

Una distribución calificada de su cuenta Roth del Plan es un pago hecho después de la edad de 59 años y medio (o después de fallecimiento o discapacidad) y después de haber tenido una cuenta Roth en el Plan por al menos 5 años. Para aplicar la regla de los cinco años, debe contar desde el 1 de enero del año en el que realizó su primera contribución a una cuenta Roth. Sin embargo, si hizo una transferencia directa a una cuenta Roth del Plan desde una cuenta Roth designada de otro plan del empleador, su participación se contará desde el 1 de enero del año en el que hizo su primera contribución a la cuenta Roth del Plan o, si fuera anterior, a la cuenta Roth designada del plan de otro empleador.

¿Qué tipos de cuentas y planes de jubilación pueden aceptar mi transferencia? Puede transferir el pago a una IRA Roth (una cuenta de jubilación individual Roth o renta vitalicia individual Roth) o a una cuenta Roth designada de un plan del empleador (un plan con incentivos fiscales, un plan sección 403(b) o un plan del gobierno sección 457) que acepte la transferencia. Las reglas de la IRA Roth o del plan del empleador que acepta la transferencia determinarán sus opciones de inversión, los cargos y los derechos a recibir pagos desde la IRA Roth o el plan del empleador (por ejemplo, no corresponden las reglas del consentimiento del cónyuge a las IRA Roth y, a su vez, las IRA Roth no ofrecen préstamos). Además, el monto transferido estará sujeto a las reglas impositivas que corresponden a la IRA Roth o a la cuenta designada del plan del empleador. Por lo general, estas normas impositivas son similares a las descritas en otras secciones de este aviso, pero existen algunas diferencias:

- Si realiza una transferencia a una IRA Roth, todas sus IRA Roth entrarán en consideración para determinar si usted ha cumplido o no con la norma de los cinco años (empezando a partir del 1 de enero del año que realizó su primera contribución a cualquiera de su IRA Roth).
- Si realiza una transferencia a una IRA Roth, no será necesario que tome una distribución desde una IRA Roth de por vida, pero tendrá que hacer un seguimiento del monto unificado de las contribuciones después de impuestos en todas sus IRA Roth (para determinar los ingresos gravables para pagos posteriores de IRA Roth que no se consideran distribuciones calificadas).
- Las distribuciones de transferencia elegibles que se realizan desde una IRA Roth únicamente pueden transferirse a otra IRA Roth.

¿Cómo hago una transferencia? Tiene dos opciones: Puede hacer una transferencia directa o una transferencia a 60 días.

Si hace una transferencia directa, el Plan realizará el pago directamente a su IRA Roth o a la cuenta Roth designada de un plan del empleador. Deberá comunicarse con el patrocinador de la IRA o el administrador del plan del empleador para obtener más información acerca de cómo realizar una transferencia directa.

Si no hace una transferencia directa, también puede hacer una transferencia mediante un depósito (generalmente dentro de los 60 días) a una IRA Roth, independientemente de si el pago es una distribución calificada o no calificada. Además, puede hacer una transferencia mediante un depósito dentro de los 60 días a una cuenta Roth designada de un plan del empleador si el pago es una distribución no calificada y la transferencia no supera el monto de las ganancias en el pago. No puede hacer una transferencia a 60 días a un plan del empleador de ninguna parte de una distribución calificada. Si recibe una distribución no calificada y no transfiere un monto por lo menos equivalente a las ganancias imputables a la distribución, se aplicarán impuestos sobre el monto de dichas ganancias no transferidas, incluido el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre distribuciones tempranas si usted es menor de 59 años y medio de edad (a menos que se aplique una excepción).

Si hace una transferencia directa solo de una parte del monto pagado del Plan y al mismo tiempo se le paga a usted una parte, la parte transferida directamente estará compuesta primero por ganancias. Si no realiza una transferencia directa y el pago no es una distribución calificada, está establecido que el Plan retenga el 20 % de las ganancias para impuestos federales (hasta el monto recibido en dinero efectivo o bienes, excepto acciones de la compañía). Esto significa que, para transferir todo el pago con una transferencia a 60 días a una IRA Roth, deberá usar otros fondos para cubrir el 20 % retenido.

¿Qué monto puedo transferir? Si desea realizar una transferencia, puede transferir el monto elegible para una transferencia de forma total o parcial. Cualquier pago realizado desde el Plan es elegible para una transferencia, pero existen algunas excepciones:

- Distribuciones mínimas obligatorias después de los 70 años y medio (o después de su fallecimiento).
- Distribuciones por dificultad económica.
- Dividendos de un Plan de Compra de Acciones para los Empleados (Employee Stock Ownership Plan, ESOP).
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva.
- Los préstamos considerados distribuciones (por ejemplo, los préstamos en mora debido a pagos no realizados antes de que finalice su relación laboral).

El Administrador del Plan o el pagador puede indicarle qué parte de un pago es elegible para una transferencia.

Si no realizo una transferencia, ¿tendré que pagar el 10 % adicional al impuesto a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas? Si un pago no es una distribución calificada y usted tiene menos de 59 años y medio de edad, deberá pagar el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas con respecto a las ganancias adjudicadas al pago que no transfirió (incluidos los montos retenidos para el impuesto a las ganancias), a menos que corresponda alguna de las excepciones que se detallan a continuación. Este impuesto se cobra aparte del impuesto regular a las ganancias sobre el pago no transferido.

El 10 % adicional al impuesto a las ganancias no corresponde a los siguientes pagos del Plan:

- Pagos realizados después de que finalice su relación laboral si tiene, por lo menos, 55 años en el año en que esto ocurre.
- Pagos realizados por discapacidad.
- Pagos después de su fallecimiento.
- Pagos de dividendos en virtud del ESOP.
- Distribuciones correctivas de las contribuciones que superan los límites establecidos por la legislación impositiva.
- Pagos realizados directamente al gobierno para cumplir con un gravamen federal.
- Pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO).
- Determinados pagos realizados mientras se encontraba en servicio activo si fue un miembro de la reserva militar que fue convocado después del 11 de septiembre de 2001 y permaneció en servicio durante más de 179 días.
- Pagos de ciertas distribuciones relacionadas con desastres declarados a nivel federal.

Si realizo una transferencia a una IRA, ¿el impuesto adicional de 10 % a las ganancias corresponderá a las distribuciones anticipadas de la IRA? Si recibe un pago desde una IRA Roth cuando tiene menos de 59 años y medio de edad, tendrá que pagar el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas desde la IRA Roth, a menos que se aplique una excepción o el pago sea una distribución calificada. Por lo general, las excepciones del impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas de una IRA Roth que se indican anteriormente son las mismas que las excepciones de las distribuciones anticipadas de un plan. No obstante, existen algunas diferencias para los pagos desde una IRA Roth, entre ellas:

- No se aplica la excepción para pagos realizados después de que finalice su relación laboral si tiene, por lo menos, 55 años en el año en que esto ocurre (o 50 años en el caso de empleados de seguridad pública calificados).
- No corresponde la excepción para una QDRO (aunque sí hay una regla especial que establece que, como parte de un acuerdo de divorcio o separación, es posible realizar una transferencia libre de impuestos a una IRA Roth de un cónyuge o excónyuge).
- Corresponde una excepción para pagos realizados por lo menos anualmente en montos iguales o aproximados durante un período específico (independientemente de si finalizó su empleo o no).
- Existen otras excepciones para (1) pagos de gastos calificados relacionados con la educación superior, (2) pagos de hasta \$10,000 usados en compras calificadas de primera vivienda y (3) pagos para las primas del seguro de salud realizados después de que recibió compensación por desempleo durante 12 semanas consecutivas (o hubiese sido elegible para recibirla si no fuera por su situación de trabajador independiente).

¿Deberé impuestos estatales a las ganancias? Este aviso no describe las reglas de ningún impuesto estatal o local a las ganancias (incluso las normas de retención).

OPCIONES Y REGLAS ESPECIALES

Si no cumple con la fecha límite de 60 días de la transferencia: Por lo general, no es posible prorrogarla. No obstante, el IRS tiene autoridad limitada para eximir del cumplimiento con la fecha límite en determinadas circunstancias extraordinarias; por ejemplo, cuando no pudo completar la transferencia por fuerza mayor antes de la fecha límite de 60 días. En determinadas circunstancias, puede presentar un reclamo de elegibilidad para una anulación de la fecha límite de 60 días de la transferencia mediante una autocertificación por escrito. De lo contrario, para solicitar una anulación del IRS, deberá presentar una solicitud para resolución por carta privada al IRS. Esto requiere el pago de un cargo para usuarios no reembolsable. Para obtener más información, consulte la Publicación 590-A del IRS *Contribuciones a los acuerdos de jubilación individual (IRA)*.

Si tiene un préstamo pendiente que está siendo compensado: Si tiene un préstamo pendiente del Plan, su beneficio del Plan puede ser compensado con el monto del préstamo pendiente, normalmente cuando su relación laboral finaliza. El monto compensado se considera una distribución para usted al momento de la compensación. Por lo general, puede transferir la totalidad o una parte del monto compensado. Si la distribución atribuible a la compensación no es una distribución calificada y usted no transfiere el monto compensado, se aplicarán impuestos sobre cualquier ganancia incluida en la distribución (incluido el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas, a menos que se aplique una excepción). Puede transferir las ganancias incluidas en la compensación de préstamo a una IRA Roth o a una cuenta Roth designada de un plan del empleador (si los términos del plan del empleador permiten que el plan reciba transferencias de montos compensados del préstamo del plan). También puede transferir el monto total de la compensación a una IRA Roth.

El tiempo que tiene para completar la transferencia depende de qué tipo de compensación de préstamo del plan tiene. Si tiene una compensación de préstamo del plan calificada, tendrá hasta la fecha límite de la declaración de impuestos (incluidas las prórrogas) del año fiscal durante el cual se produce la compensación para completar su transferencia. Una compensación de préstamo del plan calificada se produce cuando se compensa un préstamo del plan vigente debido a que el plan del empleador finaliza, o debido a que usted se aparta del empleo. Si la compensación de préstamo del plan se produce por cualquier otro motivo, tiene 60 días a partir de la fecha en que se produce la compensación para completar la transferencia.

Si usted recibe una distribución no calificada y nació el 1 de enero de 1936 o antes: Si nació el 1 de enero de 1936 o antes y recibe una distribución de única suma que no es una distribución calificada y que usted no transfiere, es posible que correspondan reglas especiales para calcular el monto del impuesto sobre el pago. Para obtener más información, vea la Publicación 575 del IRS, *Pensiones y rentas vitalicias*.

Si usted no es un participante del plan

Pagos realizados después del fallecimiento de un participante. Si recibe una distribución después de la muerte de un participante y no la traspasa, será gravable de la misma forma en que se describió en otras secciones de este aviso. Sin embargo, si el pago es una distribución calificada generalmente depende de cuándo el participante hizo una contribución por primera vez a la cuenta Roth designada del Plan. Además, no corresponde el impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas ni las reglas especiales para agentes de seguridad pública, y la regla especial detallada en la sección “Si recibe una distribución no calificada y nació el 1 de enero de 1936 o antes” corresponde solo si el participante nació el 1 de enero de 1936 o antes.

Si es un cónyuge sobreviviente: Si recibe un pago desde un Plan como cónyuge sobreviviente de un participante fallecido, usted tendrá las mismas opciones de transferencia que hubiera tenido el participante, como se detallan en otras secciones de este aviso. Además, si elige transferir un pago a una IRA Roth, puede usar la IRA Roth como si fuera una IRA Roth propia o heredada.

Una IRA Roth que considere como propia se considera como cualquier otra IRA Roth que tenga, por lo que no tendrá que recibir ninguna distribución mínima obligatoria durante su vida y las ganancias que se le paguen en una distribución no calificada antes de los 59 años y medio de edad, estarán sujetas al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas (a menos que se aplique una excepción).

Si usa la IRA Roth como una IRA Roth heredada, los pagos realizados desde allí no estarán sujetos al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas. Una IRA Roth heredada está sujeta a las distribuciones mínimas obligatorias. Si el participante había empezado a tomar las distribuciones mínimas obligatorias desde el Plan, tendrá que recibirlas desde la IRA Roth heredada. De lo contrario, no tendrá obligación de recibir las distribuciones mínimas obligatorias desde la IRA Roth heredada hasta el año en que el participante hubiera alcanzado los 70 años y medio de edad.

Si es un beneficiario sobreviviente, pero no un cónyuge: Si recibe un pago desde el Plan debido al fallecimiento del participante y porque usted aparece como beneficiario designado y no como cónyuge sobreviviente, la única opción que tiene es realizar una transferencia directa a una IRA heredada o una IRA Roth. Los pagos realizados desde allí no estarán sujetos al impuesto adicional de 10 % a las ganancias sobre las distribuciones anticipadas. Tendrá que recibir las distribuciones mínimas obligatorias desde una IRA Roth heredada.

Pagos realizados conforme a una orden de relaciones domésticas calificada. Si usted es el cónyuge o excónyuge de un participante que recibe un pago desde un Plan conforme a una orden de relaciones domésticas calificada (QDRO), por lo general, contará con las mismas opciones y el mismo tratamiento impositivo que el participante (por ejemplo, podrá transferir el pago como se describe en esta notificación).

Si es un extranjero no residente: Si es un extranjero no residente y no realiza un traspaso directo a una IRA estadounidense o a un plan de un empleador estadounidense, el Plan establece que se le retenga el 30 % del pago (y no el 20 %, como en los casos descritos anteriormente) para el impuesto federal a las ganancias. Si el monto retenido supera el monto del impuesto que usted debe (como podría suceder si realiza un traspaso a 60 días), usted podrá solicitar un reembolso del impuesto a las ganancias con solo completar el Formulario 1040NR y adjuntar el Formulario 1042-S. Vea el Formulario W-8BEN para reclamar que le corresponde una tasa reducida de retención de acuerdo con lo establecido en el convenio sobre el impuesto a las ganancias. Para obtener más información, vea la Publicación 519 del IRS, *La guía sobre impuestos para extranjeros no residentes de los Estados Unidos* y la Publicación 515 del IRS, *Retención de impuestos para extranjeros no residentes y entidades extranjeras*.

OTRAS NORMAS ESPECIALES

Si sus pagos del año (solo se incluyen los pagos desde la cuenta Roth designada del Plan) son inferiores a \$200, el Plan no está obligado a permitirle realizar una transferencia directa ni a retener el impuesto federal a las ganancias. No obstante, usted puede realizar una transferencia a 60 días.

Es posible que tenga derechos especiales para transferencias si recientemente ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias para las Fuerzas Armadas de los EE. UU., consulte la Publicación 3 del IRS *Guía impositiva para las Fuerzas Armadas*. También es posible que tenga derechos especiales para transferencias si sufrió un desastre declarado a nivel federal (o un acontecimiento similar) o si recibió una distribución a causa de un desastre. Para obtener más información sobre los derechos especiales para transferencias relacionados con fondos para asociados en caso de desastres, consulte el sitio web del IRS en www.irs.gov.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Antes de tomar un pago desde el Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan o el pagador, o con un asesor impositivo profesional. Además, puede encontrar información más detallada sobre el tratamiento impositivo federal de los pagos de los planes del empleador en la Publicación 575 del IRS, *Pensiones y rentas vitalicias*; la Publicación 590-A del IRS, *Contribuciones a los acuerdos de jubilación individual (IRA)*; la Publicación 590-B del IRS, *Distribuciones de los acuerdos de jubilación individual (IRA)*; y la Publicación 571 del IRS, *Planes de renta vitalicia con beneficios tributarios (planes 403(b))*. Puede encontrar estas publicaciones en la oficina local del IRS, en la página web www.irs.gov o por teléfono al **800-TAX-FORM**.

Reclamos y apelaciones

Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales	262
Cómo apelar una decisión sobre inscripciones o estados de elegibilidad	262
Proceso de reclamos de beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de Excelencia, odontológicos y oftalmológicos	262
Proceso de apelaciones internas	265
Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de Excelencia	269
Derechos relacionados con los beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de Excelencia, odontológicos, oftalmológicos y por discapacidad de corto plazo	269
Derechos de subrogación y reembolso del Plan	270
Reclamos para los beneficios y derecho a apelar decisiones sobre reducciones, reembolsos y subrogaciones	271
Procedimientos de reclamos y apelaciones del plan HMO	273
Procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan eComm PPO	273
Proceso de reclamos para el seguro contra accidentes y por enfermedades críticas	273
Proceso de reclamos para el seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro de viajero durante viajes de negocios y seguro por AD&D	275
Proceso de reclamos y apelaciones para los reclamos por la cobertura de discapacidad	276
Beneficios de Resources for Living	278
Seguro médico durante viajes de negocios internacionales	278

Reclamos y apelaciones

Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados, tiene derecho a apelar una decisión sobre la elegibilidad y los beneficios del Plan. En este capítulo, se describen el proceso y las fechas límite para apelar un reclamo que fuera rechazado en su totalidad o en parte en las áreas de elegibilidad, médico, farmacéutico, odontológico, oftalmológico, de planes HMO, de seguro de vida, de seguro por discapacidad, AD&D, por enfermedades críticas y de seguro contra accidentes.

RECURSOS	
Encuentre lo que necesita	
Presentar un reclamo de beneficios	Para presentar reclamos médicos, farmacéuticos, odontológicos y oftalmológicos, consulte su tarjeta de identificación del plan para conocer la dirección donde debe presentar su reclamo o llame a su asesor de atención de la salud al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan. Envíe sus reclamos de Centros de Excelencia al administrador, tal como se indica en la tabla más adelante en el capítulo. Envíe los demás reclamos a los administradores de la red subcontratados del Plan, tal como se indica más adelante en este capítulo.
Apelar un reclamo rechazado	Envíe las apelaciones a la dirección que figura en este capítulo para los administradores de la red subcontratados del Plan o Servicios al Personal, según la naturaleza de su apelación. En su carta de rechazo inicial también se debe especificar dónde presentar una apelación.
Apelar una decisión sobre elegibilidad con respecto a la cobertura o al estado de inscripción	<p>Escriba a:</p> <p>Walmart People Services Attn: Internal Appeals 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500</p> <p>○ por fax al 888-715-4154</p> <p>○ bien, para apelaciones de COBRA, escriba a:</p> <p>WageWorks (COBRA Appeals) P.O. Box 226591 Dallas, Texas 75222-6591</p>
Designar a un representante autorizado para que presente apelaciones en su nombre	Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan o llame a Servicios al Personal al 800-421-1362

Lo que debe saber sobre reclamos y apelaciones

- Tiene derecho a apelar una decisión de elegibilidad desfavorable que afecte su cobertura.
- Tiene derecho a apelar una decisión de autorización previa desfavorable sobre los beneficios solicitados.
- Debe presentar los reclamos para recibir los beneficios directamente al administrador de la red subcontratado o al proveedor del Plan.
- Tiene derecho a apelar un reclamo de beneficios que se haya rechazado en su totalidad o en parte.
- Puede designar a otra parte para que realice la apelación en su nombre al completar el formulario de representante autorizado del Plan.
- Una vez que se tome una decisión final sobre una apelación de un reclamo médico, farmacéutico o de Centros de Excelencia, es posible que tenga derecho a solicitar que la decisión se someta a una revisión externa independiente si su reclamo está asociado con un criterio médico.
- Las decisiones sobre inscripción, estado y preguntas sobre elegibilidad relacionadas con los períodos de espera de elegibilidad no son elegibles para revisiones externas, pero son elegibles para una revisión voluntaria conforme al Plan. Además, para los planes médicos, odontológicos y oftalmológicos, las apelaciones rechazadas por motivos administrativos no médicos (p. ej., porque excedió los límites de visitas del Plan) son elegibles para una revisión voluntaria conforme al Plan.
- Tiene derecho a iniciar acciones legales si se rechaza un reclamo en una apelación, pero únicamente después de haber agotado los procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan.

Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales

A menos que se especifique lo contrario en el capítulo que describe el beneficio correspondiente, los reclamos iniciales de beneficios conforme al Plan se deben presentar dentro de los 18 meses a partir de la fecha de servicio. Debido a que los procedimientos para presentar un reclamo o una apelación varían de acuerdo con los diferentes planes de beneficios y administradores de la red subcontratados, consulte la sección correspondiente de este capítulo para obtener información detallada. Debe completar los procesos de reclamos y apelaciones requeridos que se describen en el capítulo de [Reclamos y apelaciones](#) antes de que inicie una acción legal o, en el caso de ciertos reclamos médicos, farmacéuticos, odontológicos o de Centros de Excelencia, antes de solicitar una revisión externa. No puede iniciar acciones legales por los beneficios si el reclamo o la apelación inicial no se realizan dentro de los plazos establecidos en los procedimientos de reclamos del Plan.

Las acciones legales por beneficios deben iniciarse dentro de los 180 días después de la decisión final sobre una apelación (ya sea que haya sido tomada por el Plan o después de una revisión externa). No puede iniciar acciones legales una vez que finalice el período de 180 días. No es necesario que solicite que el Plan realice una revisión voluntaria o que se realice una revisión externa de la decisión sobre la apelación antes de iniciar acciones legales. Si solicita una revisión voluntaria o una revisión externa de la decisión sobre una apelación, si corresponde, el tiempo que lleva la revisión voluntaria o la revisión externa no perjudicará los 180 días de los que dispone para iniciar acciones legales.

NO SE PUEDEN CEDER LOS BENEFICIOS

En virtud de este Plan, no puede asignar sus derechos legales ni sus derechos a los pagos. No obstante, el Plan puede optar por remitir los pagos directamente a los proveedores de atención médica respecto de los servicios cubiertos, pero solo para su comodidad y únicamente si autoriza al Plan a hacerlo. En virtud de este Plan, los proveedores de atención de la salud no son “participantes” ni “beneficiarios”, ni se deberán considerar como tal, y no tienen derecho a recibir los beneficios del Plan ni a iniciar acciones legales en nombre de (o en lugar de) usted o sus dependientes bajo ninguna circunstancia.

Cómo apelar una decisión sobre inscripciones o estados de elegibilidad

En esta sección, se describe el proceso de apelación que se aplica únicamente a la inscripción y la elegibilidad.

Si no está de acuerdo con la determinación del Administrador del Plan en cuanto a su estado de inscripción o elegibilidad, tiene 365 días a partir del evento de inscripción de elegibilidad para apelar por escrito a Servicios al Personal, con atención a Apelaciones Internas, a la dirección que figura en la tabla [Recursos](#) al comienzo de este capítulo.

Las decisiones de elegibilidad con respecto al período de espera de un trasplante o de una cirugía para la pérdida de peso se determinan conforme a los plazos de los reclamos y las apelaciones de reclamos médicos, tal como se describe en la sección a continuación.

Los participantes de COBRA deben enviar la apelación, por escrito, a WageWorks a la dirección que figura en la tabla de [Recursos](#) al comienzo de este capítulo.

Su apelación se procesará dentro de los 60 días a partir de la fecha en que se reciba (30 días para apelaciones de COBRA), a menos que se necesite una prórroga.

El período de 60 días se puede extender si se determina que es necesaria una prórroga por situaciones ajenas al Plan. Si se requiere una prórroga o información adicional, se lo notificarán antes de que finalice el período de 60 días. Las apelaciones por decisiones sobre inscripción o elegibilidad no reúnen los requisitos para someterse a revisiones externas, pero sí para someterse a revisiones voluntarias.

Proceso de reclamos de beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de Excelencia, odontológicos y oftalmológicos

En esta sección, se describe el proceso de reclamos que se seguirá solamente para los siguientes beneficios:

- Beneficios médicos, farmacéuticos y de Centros de excelencia, excepto para los planes HMO y el plan eComm PPO; consulte [Procedimientos de reclamos y apelaciones del plan HMO, y Procedimientos de reclamos y apelaciones del plan eComm PPO](#) más adelante en este capítulo.
- Beneficios odontológicos (a través de Delta Dental)
- Beneficios oftalmológicos (a través de VSP)
- Cancelación de la cobertura con una fecha de entrada en vigencia retroactiva, excepto cuando se deba a que no se pagaron puntualmente las contribuciones o primas obligatorias.

Si decide notificar previamente al administrador de la red subcontratado sobre un servicio médico programado antes de recibir el tratamiento o presenta un reclamo de beneficios, y la notificación previa no se requiere conforme al Plan, la respuesta del administrador de la red subcontratado no es vinculante en el Plan y no se encuentra sujeta a apelación. No obstante, si el administrador de la red subcontratado necesita que usted o su proveedor autorice previamente los servicios (incluso conforme al programa de los Centros de Excelencia y los planes locales) y se le niega la solicitud de autorización previa, la decisión quedará sujeta a apelación.

Consulte los respectivos capítulos en esta Descripción Resumida del Plan para obtener información sobre cómo presentar su reclamo inicial. Los Administradores del Plan determinarán los reclamos iniciales, tal como se indica en la tabla que aparece en la siguiente página.

ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS Y APELACIONES: MÉDICOS FARMACÉUTICOS, ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS DE RUTINA	
Médicos (Para los reclamos de Centros de Excelencia, consulte a continuación)	Su administrador de la red subcontratado (consulte su tarjeta de identificación del plan) Incluidos los servicios prestados en uno de los Centros de Excelencia, pero no cubiertos conforme al programa de los Centros de Excelencia, y los reclamos por trasplante que no sean necesarios realizar en Mayo Clinic. Si participa en uno de los planes locales de Mercy, Mercy se encargará de las autorizaciones previas y HealthSCOPE Benefits procesará los reclamos. Si participa en el Plan Local UnityPoint, Precedence Inc. se encargará de las autorizaciones previas y HealthSCOPE Benefits procesará los reclamos.
Farmacia	OptumRx
Odontológico	Delta Dental
Oftalmológico	VSP
CENTROS DE EXCELENCIA	
NOTA: Si está inscrito en un plan local, comuníquese con su asesor de atención médica para que se lo dirija al administrador correspondiente.	
Cirugía cardíaca	Health Design Plus
Revisión de la historia clínica de cáncer	HealthSCOPE Benefits
Revisión de la historia clínica de la diálisis renal ambulatoria o de la ESRD	HealthSCOPE Benefits
Cirugía de columna	Health Design Plus
Reemplazo de cadera y rodilla	Health Design Plus
Trasplante	HealthSCOPE Benefits
Cirugía para la pérdida de peso	Health Design Plus

El plazo de determinación de su reclamo depende del tipo de reclamo. El Plan requiere de autorización previa para todos los servicios de los Centros de Excelencia y otros servicios, tal como se describe en la sección **Autorización previa** del capítulo **Plan médico**. Para estos beneficios, usted o su proveedor deben presentar un reclamo para su aprobación antes de recibir el tratamiento; de lo contrario, su reclamo podría no pagarse. Estos se llaman reclamos “anteriores al servicio”. Si su reclamo anterior al servicio es urgente, entonces se decidirá según los plazos correspondientes a la atención de urgencia. Un reclamo es urgente si su determinación según un plazo normal podría poner en peligro la vida, la salud o la capacidad para

recuperar el máximo de las funciones vitales o, según la opinión de un médico que conoce la afección médica, lo sometería a usted a un dolor intenso que no podría aliviarse en forma adecuada sin los cuidados o sin el tratamiento que son el motivo del reclamo.

Si presenta un reclamo después de haber recibido los servicios, su reclamo es un reclamo posterior al servicio. Si su reclamo surge cuando hay una reducción en la atención actual, su reclamo es un reclamo de atención concurrente.

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

PROCESOS Y PLAZOS DE RECLAMOS	
<p>Reclamos urgentes Todo reclamo de atención de la salud o tratamiento para los cuales su determinación según un plazo normal podría poner en peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar el máximo de las funciones vitales o, según la opinión de un médico que conoce la afección médica, lo sometería a usted a un dolor intenso que no podría aliviarse en forma adecuada sin los cuidados o sin el tratamiento que son el motivo del reclamo.</p>	<p>Se le notificará lo antes posible teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero a más tardar a las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo.</p> <p>Se le puede notificar verbalmente, en cuyo caso se proporcionará una notificación por escrito dentro de los tres días posteriores a la notificación verbal. Si se determina que el reclamo urgente está incompleto, recibirá una notificación a este efecto dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo y, a partir de entonces, tendrá 48 horas para proporcionar información adicional.</p> <p>Si solicita una extensión de los beneficios de atención de urgencia más allá del período determinado inicialmente y si hace la solicitud por lo menos 24 horas antes de que expire la determinación original, se lo notificará dentro de las 24 posteriores a la recepción del pedido.</p>
<p>Reclamos anteriores al servicio Reclamo de servicios aún no prestados y para los cuales el Plan requiere autorización previa.</p>	<p>Si su reclamo anterior al servicio se presenta correctamente, se enviará una determinación de reclamo dentro de un plazo razonable apropiado para las circunstancias médicas, pero a más tardar a los 15 días de recibido el reclamo.</p> <p>Si se necesita una extensión debido a asuntos que el Plan no puede controlar, este período se puede extender 15 días. Recibirá una notificación antes de la extensión que indica las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual el plan espera presentar una determinación. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. El Plan luego tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que el Plan reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.</p> <p>Si su reclamo anterior al servicio se presenta incorrectamente, se le notificará dentro de los cinco días posteriores a la recepción del reclamo.</p>
<p>Reclamos posteriores al servicio Un reclamo de servicios ya prestados o para los cuales el Plan no requiere autorización previa.</p>	<p>Se enviará una notificación dentro de un plazo razonable, pero a más tardar a los 30 días de recibido el reclamo.</p> <p>Si se necesita una extensión debido a asuntos que el Plan no puede controlar, este período se puede extender 15 días. Recibirá una notificación antes de la extensión que indica las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual el plan espera presentar una determinación. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. El Plan luego tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que el Plan reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.</p>
<p>Reclamos de atención concurrente Un reclamo relacionado con una reducción de servicios en curso.</p>	<p>Se le notificará con anticipación sobre cualquier decisión relacionada con la reducción o la cancelación de la cobertura de la atención actual para que pueda apelar la decisión antes de que la cobertura se reduzca o cancele, a menos que dichas acciones se deban a que se modificó o canceló el Plan.</p>

Si su reclamo se rechaza, el rechazo incluirá la siguiente información:

- Las razones específicas del rechazo;
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Información relacionada con los plazos para la apelación;
- Una descripción de la información adicional necesaria para contemplar su reclamo y los motivos por los cuales dicha información es necesaria;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación;
- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitaciones similares, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite); y
- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

Para beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de Excelencia y oftalmológicos, el rechazo también incluirá:

- Información suficiente para identificar el reclamo, incluida (si corresponde) la fecha del servicio, el proveedor de atención de la salud y el monto del reclamo;
 - Si lo solicita por escrito, el Plan le suministrará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus correspondientes significados) asociados a un reclamo o una apelación rechazados.
- El código del rechazo y su significado;
- Una descripción de la norma del Plan para rechazar el reclamo;
- Información sobre apelaciones internas y externas disponibles, incluido cómo iniciar una apelación; y
- La disponibilidad de información de contacto para una oficina correspondiente de asistencia para el consumidor de seguros de salud o defensor del consumidor para ayudar a los participantes en el proceso de apelaciones internas y externas.

Proceso de apelaciones internas

CÓMO APELAR UN RECLAMO QUE SE RECHAZÓ DE FORMA TOTAL O PARCIAL: RECLAMOS MÉDICOS, DE CENTROS DE EXCELENCIA, FARMACÉUTICOS, ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS

Puede solicitar una apelación de la decisión. Para que se considere su apelación, esta debe:

- Presentarse por escrito;
- Enviarse a la dirección correcta;
- Presentarse dentro de los 365 días posteriores a la fecha del rechazo inicial (para reclamos médicos, de Centros de Excelencia y odontológicos) o 180 días (para reclamos farmacéuticos y oftalmológicos);

- Contener cualquier información o documentación que usted desea que se tome en consideración.

Si su apelación implica un reclamo urgente, comuníquese con el administrador de la red subcontratado para obtener información acerca de cómo presentar el reclamo en forma oral.

Aetna y OptumRx permiten dos niveles de revisión. La segunda apelación debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha del rechazo de la primera. Todos los administradores de la red subcontratados tienen un nivel de apelación.

Envíe por escrito su solicitud para la revisión del reclamo inicial al administrador de la red subcontratado que administra sus reclamos, tal como se indica en la tabla a continuación.

DIRECCIONES DE CORREO PARA LAS APELACIONES	
SERVICIOS MÉDICOS (Incluidos los servicios prestados en uno de los Centros de Excelencia, pero no cubiertos conforme al programa de los Centros de Excelencia) <i>Consulte su tarjeta de identificación del plan para conocer el nombre de su administrador de la red subcontratado.</i>	
Aetna	Aetna Attn: National Account CRT P.O. Box 14463, Lexington, Kentucky 40512 855-548-2387
BlueAdvantage Administrators of Arkansas	BlueAdvantage Administrators P.O. Box 1460, Little Rock, Arkansas 72203-1460 866-823-3790
HealthSCOPE Benefits	HealthSCOPE Benefits Attn: Appeals P.O. Box 2359, Little Rock, Arkansas 72203 800-804-1272
UnitedHealthcare	UnitedHealthcare National Appeals Service Center P.O. Box 30575, Salt Lake City, Utah 84130-0575 888-285-9255
SERVICIOS DE LOS CENTROS DE EXCELENCIA <i>Tenga en cuenta que existe un proceso especial de reclamos y apelaciones para determinados beneficios de los Centros de Excelencia. Consulte los detalles más adelante en este capítulo.</i>	
Health Design Plus <ul style="list-style-type: none"> • Cirugías de corazón, columna y reemplazo de cadera y rodilla • Cirugía para la pérdida de peso 	Health Design Plus Centers of Excellence: Walmart Attn: Appeals Coordinator 1755 Georgetown, Hudson, Ohio 44236
HealthSCOPE Benefits, Inc. <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de corazón y para la pérdida de peso en el Plan Local Emory • Cirugía para la pérdida de peso en el Plan Local Mercy • Atención oncológica • Apelaciones por trasplante en Mayo Clinic 	HealthSCOPE Benefits, Inc. Attn: Appeals Coordinator 27 Corporate Hill Drive, Little Rock, Arkansas 72205
FARMACIA	
OptumRx	OptumRx Attn: Appeals Coordinator P.O. Box 25184, Santa Ana, California 92799
ODONTOLÓGICO	
Delta Dental of Arkansas	Delta Dental of Arkansas Appeals Committee P.O. Box 15965, Little Rock, Arkansas 72231-5965
OFTALMOLÓGICO	
VSP	Member Appeals 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, California 95670

Su apelación se llevará a cabo independientemente de la determinación inicial y estará a cargo de una persona que no sea quien tomó la decisión sobre su reclamo inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Usted tendrá la oportunidad de enviar comentarios por escrito, documentos u otra información que respalden su apelación. Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. El administrador de la red subcontratado, en nombre del Plan, le proporcionará toda prueba nueva o adicional o los fundamentos considerados en el marco de su reclamo, con tiempo suficiente antes de la fecha de la determinación de las apelaciones, a fin de darle una oportunidad razonable de responder.

Si su reclamo involucra una cuestión de criterio médico, el Plan consultará a un profesional de atención de la salud que tenga las calificaciones, la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrado. Si se consultó a un profesional de atención de la salud para la determinación inicial, la apelación se consultará con un profesional de atención de la salud diferente. Cuando lo solicite, el Plan le proporcionará la identificación de todo experto médico cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en conexión con su apelación.

La decisión final sobre una apelación se tomará dentro de los plazos especificados en el cuadro que se encuentra a continuación, según el tipo de reclamo:

PROCESO Y PLAZOS DE APELACIONES	
Reclamos urgentes	Se le notificará la determinación lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero antes de las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo (36 horas para apelaciones de Aetna).
Reclamos anteriores al servicio	Se le notificará la determinación dentro de un plazo razonable, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero antes de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo (15 días para apelaciones de Aetna).
Reclamos posteriores al servicio	Se le notificará la determinación dentro de un plazo razonable, pero antes de los 60 días posteriores a la recepción del reclamo (30 días para apelaciones de Aetna).

Si su reclamo se rechaza en la apelación, recibirá una notificación de rechazo que incluirá:

- Las razones específicas del rechazo;
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación;

- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitación similar, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite);
- Una descripción de cualquier procedimiento de revisión voluntario disponible; y
- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

Para beneficios médicos, farmacéuticos y de Centros de Excelencia, el rechazo también incluirá lo siguiente:

- Información suficiente para identificar el reclamo, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención de la salud y el monto del reclamo (si corresponde);
 - Si lo solicita por escrito, el Plan le suministrará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus correspondientes significados) asociados a un reclamo o una apelación rechazados.
- El código del rechazo y su significado;
- Una descripción de la norma del Plan para rechazar el reclamo;
- Información sobre apelaciones internas y externas disponibles, incluido cómo iniciar una apelación; y
- La disponibilidad de información de contacto para una oficina correspondiente de asistencia para el consumidor de seguros de salud o defensor del consumidor para ayudar a los participantes en el proceso de apelaciones internas y externas.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA LA APROBACIÓN DE UN LUGAR PARA LLEVAR A CABO UN TRASPLANTE QUE NO SEA MAYO CLINIC

Tal como se describió en el capítulo [Plan médico](#), todos los receptores de trasplantes conforme al programa de los Centros de Excelencia se deben someter a un examen previo al trasplante en Mayo Clinic. Para estos trasplantes, Mayo Clinic recomendará servicios de trasplante en Mayo Clinic. Usted puede presentar una autorización previa para recibir un trasplante en un centro que no sea Mayo Clinic si hay un riesgo importante de que el viaje hasta ella le ocasione la muerte. Además, si Mayo Clinic no recomienda llevar a cabo un trasplante debido a que no se lo considera el tratamiento médico adecuado o el paciente no es un candidato idóneo, puede presentar una solicitud de autorización previa ante el Plan.

El Administrador del Plan designará una Organización de Revisión Independiente para que considere estas solicitudes, la cual puede aprobar la solicitud de servicios de trasplante en un centro diferente.

La Organización de Revisión Independiente no incluirá empleados de Walmart, Mayo Clinic ni un administrador de la red subcontratado del Plan. La Organización de Revisión Independiente revisará los expedientes médicos pertinentes que revisó o generó Mayo Clinic, y el resto de los materiales que usted presente. También considerará su afección, tratamientos alternativos, pruebas y estudios científicos,

opiniones de otros profesionales médicos, la naturaleza experimental o de investigación de los procedimientos propuestos y el posible beneficio que el trasplante tendría.

Envíe por escrito su solicitud para la revisión de reclamos para trasplantes antes de la autorización a:

Walmart People Services
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500
800-421-1362

O por fax al **888-715-4154**

Si presentará un reclamo por los servicios prestados en otra instalación diferente de Mayo Clinic porque existe un riesgo importante que indique que el traslado a Mayo Clinic podría provocar la muerte, debe presentarlo cuanto antes. Si presenta un reclamo debido a que Mayo Clinic determinó que el trasplante no es un tratamiento médico adecuado, el Plan debe recibir su reclamo en el plazo de 120 días calendario a partir del rechazo inicial del trasplante por Mayo Clinic. Si el reclamo es urgente, la Organización de Revisión Independiente tomará su determinación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo (de lo contrario, la Organización de Revisión Independiente tomará su determinación dentro de los 15 días posteriores a la recepción del reclamo).

Si se determina que el reclamo urgente está incompleto, recibirá una notificación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo y tendrá 48 horas para proporcionar información adicional.

Para los reclamos no urgentes, la fecha límite para decidir el reclamo puede extenderse 15 días y la Organización de Revisión Independiente enviará una notificación que explique dicha extensión. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. El Plan tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que el Plan reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

Usted tendrá 180 días para solicitar que la Organización de Revisión Independiente haga una revisión interna de un rechazo. La Organización de Revisión Independiente tomará una decisión sobre una solicitud de revisión urgente dentro de las 72 horas y de una revisión no urgente dentro de los 30 días de recibirla. Luego, usted podrá apelar el rechazo de una apelación de revisión interna conforme al proceso de apelaciones externas descrito en esta sección si su reclamo está asociado con el criterio médico.

Los trasplantes de córnea e intestinos, y cualquier otro servicio de trasplantes o reclamos cuando ya se brindó un tratamiento se decidirán de acuerdo con los procedimientos de reclamos y apelaciones médicos regulares para reclamos posteriores al servicio descritos anteriormente en este capítulo.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA LA APROBACIÓN DE EXCEPCIONES DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE LA COBERTURA DEL PLAN PARA LA CIRUGÍA DE COLUMNA Y EL REEMPLAZO DE CADERA Y RODILLA

Tal como se describe en el capítulo [Plan médico](#), la cirugía de columna y el reemplazo de cadera y rodilla que son elegibles para realizarse en una instalación de los Centros de Excelencia deben estar aprobados previamente por el administrador del programa y se deben llevar a cabo a una instalación de los Centros de Excelencia a fin de que se paguen los beneficios del Centro de Excelencia. Puede presentar una solicitud de autorización previa (un reclamo “previo al servicio”) para recibir servicios en una instalación que no sea de los Centros de Excelencia y recibir beneficios de parte de proveedores dentro de la red si existe un riesgo importante que indique que el traslado podría provocar una parálisis o la muerte o si la instalación del Centro de Excelencia determina que el procedimiento no es un tratamiento médico adecuado o que el paciente no es un candidato adecuado para someterse a la cirugía.

Además, si ya recibió tratamiento quirúrgico debido a que sus circunstancias exigían una cirugía inmediata, sin la cual podría haber muerto o sufrido una parálisis, puede solicitar que los servicios que recibió en una instalación que no pertenece a los Centros de Excelencia se cubran como servicios dentro de la red (un reclamo “posterior al servicio”).

Los reclamos previos al servicio serán considerados por Health Design Plus, el administrador de los Centros de Excelencia para la cirugía de columna y el reemplazo de cadera y rodilla, que puede aprobar la cobertura al nivel dentro de la red para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla en una instalación que no pertenezca a los Centros de Excelencia.

Envíe su solicitud por escrito para obtener una excepción anterior al servicio a los términos de cobertura del Plan para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla a la siguiente dirección:

Centers of Excellence: Walmart
Attn: Appeals Coordinator
1755 Georgetown
Hudson, Ohio 44236

Health Design Plus utilizará una Organización de Revisión Independiente que no incluirá a ningún asociado de Walmart ni ninguna instalación de los Centros de Excelencia para la cirugía de columna ni el reemplazo de cadera o rodilla. La Organización de Revisión Independiente revisará los expedientes médicos pertinentes que revisó o generó la instalación de los Centros de Excelencia, y todo otro material que usted presente, y considerará su afección, tratamientos alternativos, pruebas y estudios científicos, opiniones de otros profesionales médicos, la naturaleza experimental o de investigación de los procedimientos propuestos y el posible beneficio que el procedimiento quirúrgico tendría.

Las reclamaciones posteriores al servicio serán revisadas por una Organización de Revisión Independiente designada por el Administrador del Plan, la cual puede aprobar la cobertura al nivel dentro de la red para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla en una instalación que no pertenece a los Centros de Excelencia.

La Organización de Revisión Independiente no incluirá a los asociados de Walmart, a la instalación de los Centros de Excelencia para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla, ni al administrador de la red subcontratado del Plan. La Organización de Revisión Independiente revisará los expedientes médicos pertinentes que revisó o generó la instalación de los Centros de Excelencia, y todo otro material que usted presente, y considerará su aficción, tratamientos alternativos, pruebas y estudios científicos, opiniones de otros profesionales médicos, la naturaleza experimental o de investigación de los procedimientos propuestos y el posible beneficio que el procedimiento quirúrgico tendría.

Envíe su solicitud por escrito para obtener una excepción posterior al servicio a los términos de cobertura del Plan para la cirugía de columna o el reemplazo de cadera o rodilla a la siguiente dirección:

Walmart People Services
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500
800-421-1362

○ por fax al **888-715-4154**

Si presentará un reclamo anterior al servicio para los servicios en una instalación que no pertenezca a los Centros de Excelencia porque existe un riesgo importante que indique que el traslado podría provocar una parálisis o la muerte, debe presentarlo cuanto antes. Si presentará un reclamo anterior al servicio porque una instalación de los Centros de Excelencia determinó que la cirugía no es un tratamiento médico adecuado, el Plan debe recibir su reclamo dentro de los 120 días calendario luego del rechazo inicial por parte de la instalación de los Centros de excelencia. Si presentará un reclamo posterior al servicio porque ya se sometió a la cirugía en otro lugar, tal como se describe anteriormente, debe presentar su reclamo dentro de los 120 días calendario luego de la fecha de servicio.

Si un reclamo anterior al servicio es urgente, Health Design Plus tomará su determinación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del reclamo (de lo contrario, Health Design Plus tomará su determinación dentro de los 15 días posteriores a la recepción de un reclamo anterior al servicio). Si se determina que el reclamo urgente está incompleto, recibirá una notificación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del reclamo y tendrá 48 horas para proporcionar información adicional. Para los reclamos no urgentes, la fecha límite para decidir el reclamo puede extenderse 15 días, y Health Design Plus enviará una notificación que explique dicha extensión. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. Health Design Plus tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

Si presenta una reclamación posterior al servicio, la Organización de Revisión Independiente tomará una determinación dentro de los 30 días de la recepción de la reclamación posterior al servicio. Para las reclamaciones posteriores al servicio, la fecha límite para decidir el reclamo puede extenderse 15 días y la Organización de Revisión Independiente enviará una notificación que

explique dicha extensión. Si la extensión es necesaria para solicitar información adicional, la notificación de la extensión describirá la información requerida y usted tendrá por lo menos 45 días para presentar la información. La Organización de Revisión Independiente tomará una determinación dentro de los 15 días después de la fecha en la que la Organización de Revisión Independiente reciba su información o, si fuera anterior, de la fecha límite para presentar la información.

Tendrá 180 días para solicitar que una Organización de Revisión Independiente que designe Health Design Plus lleve a cabo una revisión interna del rechazo de un reclamo previo al servicio o de un reclamo posterior al servicio. La Organización de Revisión Independiente decidirá si la solicitud necesita una revisión urgente de un reclamo anterior al servicio dentro de las 72 horas luego de la recepción, una revisión no urgente de un reclamo anterior al servicio dentro de los 30 días luego de la recepción y una revisión de un reclamo posterior al servicio dentro de los 60 días luego de la recepción. Luego, usted podrá apelar el rechazo de una apelación de revisión interna conforme al proceso de apelaciones externas descrito en esta sección si su reclamo está asociado con el criterio médico.

CÓMO SOLICITAR UNA ANULACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA DE UN AÑO PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE TRASPLANTES

Si el médico de tratamiento certifica que, sin el trasplante, la muerte del individuo es inminente dentro de 48 horas, es posible anular el período correspondiente de espera de 12 meses para los beneficios de trasplante. Para solicitar esta anulación, el solicitante debe completar una solicitud de autorización previa.

Envíe su solicitud y la documentación de respaldo a Servicios al Personal de Walmart:

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

Su solicitud se considerará como un reclamo urgente o anterior al servicio. Consulte la tabla [Proceso y plazos de apelaciones](#) más adelante en este capítulo para obtener información detallada sobre los plazos en los cuales el Administrador del Plan le notificará acerca de su determinación en respuesta a su solicitud.

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN QUE FUE RECHAZADA: DETERMINACIONES DEL ESTADO DE INSCRIPCIÓN O DE ELEGIBILIDAD (INCLUIDA LA LEY COBRA)

Si tiene información adicional que no figuraba en su apelación, puede pedir una revisión voluntaria de la decisión sobre su apelación dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de rechazo de la apelación. Los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su apelación se aplican por lo general a este nivel de revisión voluntario.

Envíe una solicitud de apelación voluntaria por escrito sobre el estado de la inscripción o de elegibilidad a:

Walmart People Services
Attn: Voluntary Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

○ por fax al **888-715-4154**

Si desea conocer las fechas límite para iniciar acciones legales, consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) que se encuentra anteriormente en este capítulo.

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN RECHAZADA POR RAZONES ADMINISTRATIVAS: APELACIONES MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y OFTALMOLÓGICAS

Usted puede solicitar una revisión voluntaria de la decisión sobre su apelación de un reclamo de beneficio médico, odontológico u oftalmológico si la apelación fue rechazada por un motivo administrativo, tal como un exceso de la cantidad de visitas permitidas, y no por un motivo de criterio médico. Usted debe presentar su solicitud dentro de 180 días a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación. Los mismos criterios y tiempos de repuesta que se aplicaron a su apelación se aplican por lo general a este nivel de revisión voluntario.

Envíe una solicitud de apelación voluntaria por escrito por rechazo administrativo a:

Walmart People Services
Attn: Voluntary Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

○ por fax al **888-715-4154**

Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de Excelencia

Si se rechaza su apelación interna para recibir beneficios médicos, farmacéuticos o de Centros de Excelencia conforme al Plan por criterio médico, usted tiene derecho a realizar otra apelación de su reclamo siguiendo un proceso de revisión externa independiente.

La apelación externa será llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no tenga afiliación con el Plan. Si esta organización de revisión independiente anula la decisión del Plan, la decisión de la organización de revisión independiente será vinculante para el Plan. Su notificación de rechazo de la apelación interna incluirá información sobre su derecho a presentar una solicitud de revisión externa e información de contacto. Usted debe presentar la solicitud de revisión externa dentro de los cuatro meses de haber recibido la determinación final sobre la apelación interna. La presentación de una solicitud de revisión externa no afectará su capacidad de iniciar acciones legales en un tribunal. Cuando presente una solicitud de revisión externa, se le

pedirá que autorice la divulgación de los registros médicos cuya consulta podría necesitarse a los fines de tomar una decisión sobre la revisión externa.

Envíe una solicitud de apelación médica externa por escrito a:

Walmart People Services
Attn: External Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500
800-421-1362

○ por fax al **888-715-4154**

Envíe una solicitud de apelación farmacéutica externa por escrito a:

OptumRx
Attn: Appeals Coordinator
P.O. Box 25184
Santa Ana, California 92799

Derechos relacionados con los beneficios médicos, farmacéuticos, de Centros de Excelencia, odontológicos, oftalmológicos y por discapacidad de corto plazo

DERECHO DEL PLAN A SOLICITAR ARCHIVOS MÉDICOS

El Plan tiene derecho a solicitar archivos médicos para cualquier asociado o persona cubierta.

DERECHO DEL PLAN DE RECUPERAR UN PAGO EXCESIVO

Los pagos se realizan de acuerdo con las disposiciones del Plan. Si se determina que el pago se realizó para un cargo no elegible o que otro seguro se consideró como primario, el Plan tiene derecho a recuperar el pago excesivo. El Plan (o el administrador de la red subcontratado) intentará cobrar el pago excesivo de la parte a quien se le realizó el pago. No obstante, el Plan se reserva el derecho de solicitar la devolución del pago excesivo de los participantes, beneficiarios o dependientes. Además, el Plan tiene derecho a involucrar a una agencia de cobros externa para recuperar los pagos excesivos a nombre del Plan si los esfuerzos de cobro no tienen éxito. El Plan también puede iniciar acciones legales para hacer cumplir sus derechos de recuperar los pagos excesivos.

Si los pagos excesivos se realizan a un proveedor, el Plan (o los administradores de la red subcontratados) puede reducir o rechazar los beneficios, en el monto del pago excesivo, por los servicios que de otra manera estarían cubiertos para los reclamos actuales o futuros con el proveedor en nombre de los participantes, beneficiarios o dependientes del Plan. Si un proveedor a quien se le realizó un pago excesivo tiene pacientes que participan en otros planes de salud y bienestar administrados por el administrador de la red subcontratado, este puede reducir los pagos adeudados al proveedor correspondientes a los otros planes de salud por el monto del pago excesivo.

SU DERECHO A RECUPERAR SOBREPAGOS

Si paga en exceso sus contribuciones o sus primas para cualquier cobertura conforme al Plan (excepto COBRA), el Plan le reintegrará las contribuciones o las primas que pagó en exceso cuando lo solicite. En este caso, todo reembolso que reciba se puede deducir de los beneficios que el Plan pagó durante este período si usted o un dependiente no eran elegibles para dicha cobertura.

DERECHO DEL PLAN A REALIZAR AUDITORÍAS

El Plan tiene derecho a realizar auditorías de sus reclamos, incluidos los reclamos de los proveedores médicos. El Plan (o el administrador de la red subcontratado) puede reducir o rechazar los beneficios por los servicios que de otra manera estarían cubiertos para todos los reclamos actuales o futuros ante el proveedor que se brindaron a su nombre o de un participante a través de otro plan de salud y bienestar administrado por el administrador de la red subcontratado en función de los resultados de una auditoría. El Plan también puede reducir o rechazar los beneficios por servicios que de otra manera estarían cubiertos para todos los reclamos actuales o futuros que presente.

DERECHO DEL PLAN A DESCONTAR DEL SUELDO O DEL SALARIO

En la medida en que el Plan pueda cobrarle a usted o a sus dependientes los beneficios que se pagaron anteriormente, de forma total o parcial, se considerará, en virtud de su inscripción en cualquier cobertura de salud y bienestar del Plan, que aceptó que la compañía descuenta tales importes de su sueldo o salario y le pague al Plan hasta que se haya cobrado por completo. Si se inscribe para la cobertura del Plan, el Plan asumirá que usted ha prestado consentimiento para las deducciones de su sueldo aplicables a dicha cobertura. Además, si usted no se inscribe ni se reinscribe durante la Inscripción Anual, el Plan asumirá que usted ha prestado consentimiento para la reinscripción automática que se describe en el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#), incluidas las deducciones del sueldo que correspondan.

Derechos de subrogación y reembolso del Plan

Si usted o un dependiente con cobertura sufre alguna lesión o se ve perjudicado debido a la conducta de otra parte, el Administrador del Plan tiene derecho a cobrar los pagos que realice en su nombre o de cualquier parte responsable de brindarle una compensación a usted o a su dependiente por sus enfermedades o lesiones. El término legal que se utiliza para hacer referencia a este derecho de recuperación es “subrogación”. El Plan gozará de un derecho de retención preferencial por el monto total de los beneficios que se le pagan a usted o a sus dependientes con cobertura y de los beneficios del futuro adeudados conforme al Plan por el monto de cualquier reclamo que se pague, en caso de que intente cobrar cualquier cantidad de dinero del tercero que provocó las lesiones.

El Plan tiene derecho a:

- Reducir o rechazar beneficios que de lo contrario paga el Plan; y

- Recuperar o subrogar el 100 % de los beneficios que pagó o pagará el Plan por las personas cubiertas, hasta el punto de contemplar cada uno de los siguientes pagos:
 - Cualquier sentencia, liquidación o pago que se haya realizado o que se esté por realizar a causa de un accidente o mala práctica (excepto si la mala práctica provoca una paraplejía o cuadriplejía, quemaduras graves, discapacidad física o mental total y parcial, o la muerte), incluido otro seguro;
 - Cualquier cobertura o beneficio de seguro de automóvil o casa rodante, incluida la cobertura de automovilistas no asegurados o asegurados por menos del valor real;
 - Pagos o coberturas de seguro médico, comercial o de responsabilidad civil; y
 - Honorarios de los abogados.

El gravamen del Plan existe cuando el Plan paga los beneficios médicos. Si una persona cubierta presenta una solicitud de quiebra, dicha persona acepta que el gravamen del Plan existía antes de la creación de la masa de la quiebra.

Recuerde además que:

- El término “persona con cobertura” hace referencia a cualquier participante (de acuerdo con la definición de ERISA) o dependiente de un participante que tiene derecho a recibir beneficios del Plan.
- El Plan tiene máxima prioridad de derecho a la reducción, al reembolso y a la subrogación.
- El Plan tiene el derecho a recuperar el interés sobre el importe que el Plan pagó a causa del accidente.
- El Plan tiene derecho a un reembolso del 100 % en una suma única.
- El Plan no está sujeto a ninguna ley estatal o doctrina equitativa, incluida la doctrina del fondo común, lo cual exigiría que el Plan reduzca su cobertura a cualquier porción de honorarios y costos de abogados de una persona con cobertura.
- El Plan no se hace responsable de los gastos, costos y honorarios de abogados de la persona cubierta.
- El derecho de reducción, reembolso y subrogación se basa en las disposiciones del Plan vigentes al momento del fallo, pago o liquidación.
- El derecho de reducción, reembolso y subrogación del Plan se aplica a cualquier fondo recuperado de otra parte, por parte de los herederos de cualquier persona cubierta o en su nombre.
- El derecho del Plan a tener máxima prioridad no se reducirá debido a la negligencia por parte del participante.

El plan no procurará reducción, reembolso ni subrogación en los casos en que la lesión o la enfermedad que sea la base de la recuperación de costos por parte de la persona cubierta por cualquier tercero tenga como consecuencia:

- Paraplejía o tetraplejía
- Quemaduras graves
- Discapacidad mental o física total y permanente
- Fallecimiento

El Administrador del Plan tiene la autoridad, a su entera discreción, de decidir no continuar con los derechos del Plan con respecto a la reducción, el reembolso o la subrogación. Para obtener más información, comuníquese con el Administrador del Plan.

El hecho de que una persona cubierta tenga o no una “discapacidad mental o física total y permanente” se decidirá sobre la base de criterios desarrollados y aplicados por el Administrador del Plan, a su entera discreción. Una forma de demostrar una discapacidad mental o física total y permanente es que la persona cubierta muestre que reúne las condiciones para recibir beneficios de ingresos por discapacidad de Seguridad Social. El Administrador del Plan considerará los reclamos por discapacidad mental y física, incluso si la persona cubierta no reúne las condiciones para recibir beneficios de ingresos por discapacidad de Seguridad Social, conforme a los criterios desarrollados por el Administrador del Plan.

Incluso en circunstancias en las que no se prohíbe que el Plan procure reducción, reembolso o subrogación en función de las excepciones descritas anteriormente, el derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación se limitará a no más del 50 % del monto total recuperado por la persona cubierta, o en nombre de ella, de cualquier tercero (que no se reducirá por costos u honorarios de abogados de la persona cubierta). El Plan exige la colaboración de todas las personas cubiertas y sus representantes para garantizar el reembolso al Plan de los beneficios de terceros. Si no se cumple con esta disposición, el Plan tendrá derecho a retener los beneficios que se adeuden conforme al Plan. Ni usted ni sus representantes deben hacer nada para dificultar el reembolso del pago excesivo al Plan una vez que usted o sus representantes hayan aceptado los beneficios.

Los derechos del Plan a la reducción, el reembolso y la subrogación se aplican independientemente de cualquier asignación o designación de su acuerdo (por ejemplo, alivio del dolor y el sufrimiento o beneficios médicos). Los derechos del Plan se aplican independientemente de si recibió una compensación total o parcial por sus lesiones.

Además, el Plan tiene derecho a presentar una demanda en su nombre por la afección relacionada con los gastos para recuperar los beneficios que pagó o que pagará el Plan.

Reclamos para los beneficios y derecho a apelar decisiones sobre reducciones, reembolsos y subrogaciones

La decisión del Plan de procurar reducción, reembolso o subrogación es una determinación de beneficios conforme al Plan y se la puede apelar de acuerdo con los procedimientos que aparecen a continuación.

A los fines de los procedimientos de reclamos que se especifican a continuación, un “reclamo de beneficios” se refiere al pedido por parte de un participante, beneficiario o dependiente (“reclamante”) de tener los beneficios provistos conforme al Plan no reducidos por la aplicación del derecho del Plan a la reducción, el reembolso o la subrogación.

RECLAMO INICIAL DE BENEFICIOS

Si el Plan decide facilitar una reducción, un reembolso o una subrogación, se le notificará al reclamante sobre la decisión del Plan mediante una notificación por escrito que remita el Plan o un tercero que actúe en nombre del Plan.

Si recibe una notificación a través de la cual se indica que su beneficio está sujeto a reducción, reembolso o subrogación y considera que su caso encuadra dentro de una de las excepciones o limitaciones al derecho del Plan a la reducción, el reembolso o la subrogación, puede presentar un reclamo de beneficios ante el Plan. También puede designar a un representante autorizado para que presente reclamos de beneficios o apelaciones en su nombre.

Para que se tome en consideración un reclamo inicial de beneficios, este debe:

- Presentarse por escrito;
- Enviarse a la dirección correcta;
- Presentarse dentro de los 12 meses a partir de la fecha de la notificación de que un beneficio está sujeto a reducción, reembolso o subrogación;
- Identificar la excepción o la limitación al derecho del Plan a la reducción, el reembolso o la subrogación que considera que se aplica a su caso;
- Incluir documentación que ayude al Plan a tomar su decisión (por ejemplo, archivos médicos u hospitalarios, cartas de médicos, etc.).

Envíe por escrito una solicitud de revisión del reclamo inicial de beneficios a:

Walmart People Services
Attn: Subrogation Review
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

Dentro de un plazo prudencial, pero a más tardar 30 días después de que realice el reclamo inicial de beneficios, el Plan le notificará por escrito la decisión que tome. Si el reclamo de beneficios se rechaza en su totalidad o en parte, la notificación incluirá la siguiente información:

- Las razones específicas del rechazo;
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria que sustenten el reclamo de beneficios y una explicación de por qué es necesario dicho material o dicha información;
- Una declaración en la cual se establece que tiene derecho a obtener, siempre que la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basó la determinación del Plan;
- Una descripción de los procedimientos de apelación del Plan y de los límites de tiempo para apelar; y
- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

El período de 30 días se puede extender por 15 días si se determina que es necesaria una prórroga por situaciones ajenas al Plan. Si se requiere una prórroga o información adicional, el Plan le notificará antes de que finalice el período de 30 días. Si se le solicita que proporcione información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha de la notificación para proporcionarla. El momento de tomar una determinación se suspenderá hasta que proporcione la información solicitada (o hasta la fecha límite para proporcionar la información, si fuera anterior).

SI UN RECLAMO RELACIONADO CON UNA DECISIÓN DE REDUCCIÓN, REEMBOLSO O SUBROGACIÓN SE RECHAZA DE FORMA TOTAL O PARCIAL

El reclamante puede solicitar una apelación de la decisión. Para que se considere su apelación, esta debe:

- Presentarse por escrito;
- Enviarse a la dirección correcta;
- Presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha del rechazo inicial; y
- Contener cualquier información o documentación que usted desea que se tome en consideración.

Envíe una solicitud de apelación por escrito a:

Walmart People Services
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

○ por fax al **888-715-4154**

La apelación se llevará a cabo independientemente de la decisión inicial y estará a cargo de una persona que no sea la parte que decidió el reclamo inicial de beneficios. Tiene derecho a pedir copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relevante para su reclamo de beneficios. También tiene derecho a presentar comentarios, documentos, archivos y otra información por escrito, que el Plan tendrá en cuenta al tomar su decisión sobre la apelación. Al decidir acerca de un reclamo de beneficios que se basa en un criterio médico en su totalidad o en parte, el fiduciario de reclamos del Plan consultará a un profesional de atención de la salud que tenga la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina asociado con el criterio médico. El profesional de atención de la salud será una persona a quien no se haya consultado en relación con la decisión del Plan sobre el reclamo de beneficios inicial ni un subordinado de dicho profesional de atención de la salud. Si se obtiene el asesoramiento de un profesional de atención de la salud para decidir sobre una apelación y solicita el nombre de dicho profesional, se le proporcionará la información solicitada independientemente de si el Plan se basó en dicho asesoramiento. El Plan debe notificarle por escrito acerca de su decisión sobre la revisión en el plazo de 60 días a partir de que el Plan reciba su apelación.

Si el reclamo de beneficios se rechaza durante la apelación, el Plan le proporcionará una notificación de rechazo, que incluirá:

- Las razones específicas para el rechazo de su reclamo;
- Referencia específica a las cláusulas del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo de beneficios;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación;
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria disponibles, de haberlos; y
- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

El único método mediante el cual puede solicitarle al Plan que no reduzca los beneficios es presentando un reclamo de beneficios. Se debe presentar un reclamo inicial de beneficios dentro de los 12 meses a partir de la fecha de la notificación. Antes de iniciar una acción legal, debe completar el proceso obligatorio de apelaciones y reclamos que se describe en estos procedimientos para reclamos. No puede iniciar acciones legales por beneficios si su apelación o reclamo inicial de beneficios no se realiza dentro de los plazos establecidos en estos procedimientos de reclamos. Las acciones legales por los beneficios deben iniciarse dentro de los 180 días después de la decisión de apelación. No puede iniciar acciones legales pasado el período de 180 días.

SU RESPONSABILIDAD CON RESPECTO AL DERECHO DE REDUCCIÓN O RECUPERACIÓN

Para ayudar a que el Plan haga cumplir su derecho a la reducción, la recuperación, el reembolso y la subrogación, usted o su representante designado deben, a pedido del Plan y a criterio del Plan:

- Tomar las medidas necesarias para que el Plan pueda ejercer sus derechos de recuperación.
- Brindar información;
- Firmar los documentos que solicita el plan.

La falta de colaboración con el Plan y el incumplimiento de tales solicitudes pueden dar lugar a la retención o recuperación por parte del Plan de los beneficios, servicios, pagos o créditos que se adeudan o se pagan conforme al Plan.

El Plan puede solicitar el reembolso del 100 % de los beneficios médicos pagados por fallos, pagos o convenios realizados en nombre de la persona cubierta para quien se pagaron los beneficios médicos. El reembolso al Plan de la totalidad de estos cargos se debe realizar en el momento en que usted o su representante realizan el pago.

Procedimientos de reclamos y apelaciones del plan HMO

En algunos lugares, Walmart ofrece cobertura de seguro de salud a través de una organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) como parte del Plan de Salud y Bienestar para Asociados. Si participa en una HMO, esta le proporcionará un folleto con los beneficios que, junto con este documento, servirá como descripción resumida del Plan para la cobertura de la HMO y describirá los procedimientos de reclamos y apelaciones. Para obtener más información, comuníquese con su HMO.

Procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan eComm PPO

En algunos lugares, Walmart ofrece el Plan eComm PPO (Plan con una organización de proveedor preferido) como parte del Plan de salud y bienestar para asociados. Si participa en el Plan eComm PPO, Aetna, el administrador de la red subcontratado del Plan, le entregará un folleto con los beneficios que, junto con este documento, servirá como descripción resumida del Plan para la cobertura del Plan eComm PPO y describirá los procedimientos de reclamos y apelaciones. Para obtener más información, comuníquese con Aetna.

Proceso de reclamos para el seguro contra accidentes y por enfermedades críticas

Los reclamos del seguro contra accidentes y por enfermedades críticas deben enviarse dentro de los 60 días de ocurrido el accidente o comenzada la enfermedad crítica que están cubiertos, a la siguiente dirección:

**Allstate Benefits
Walmart Claims Unit
P.O. Box 414848
Jacksonville, Florida 32203-1488**

También puede proporcionar una notificación de reclamo de la siguiente manera:

En línea: allstatebenefits.com/mybenefits

Por teléfono: **800-514-9525**

Por fax: **877-423-8804**

Incluya la siguiente información de la persona cubierta:

- Nombre
- Número de identificación de Walmart (WIN); y
- Fecha en que se produjo o comenzó la enfermedad cubierta o el accidente.

Puede solicitar un formulario de reclamo a Allstate Benefits o ingresar a One.Walmart.com o a AllstateBenefits.com/Walmart para obtener una copia. Si no recibe un formulario de reclamo dentro de los 15 días de su solicitud, puede enviar una notificación del reclamo a Allstate Benefits y proporcionar a Allstate Benefits una declaración de la naturaleza y la magnitud del siniestro.

ENFERMEDADES CRÍTICAS

Cuando presente un reclamo a Allstate Benefits y este sea rechazado, se enviará una notificación dentro de un plazo razonable pero a más tardar a los 30 días de que Allstate Benefits reciba el reclamo (presentado conforme al Certificado de Seguro por Enfermedades Críticas). En circunstancias especiales, se puede necesitar una prórroga para tomar una decisión. En ese caso, Allstate Benefits puede tomar una prórroga de 15 días. Usted recibirá una notificación por escrito de la prórroga antes de que termine el período de 30 días.

Si se rechaza su reclamo, el rechazo consistirá en una explicación escrita que incluirá lo siguiente:

- Las razones específicas del rechazo;
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Información relacionada con los plazos para la apelación;
- Una descripción del material o la información adicional, si los hubiese, que sean necesarios para sustentar el reclamo y las razones por las que ese material o esa información son necesarios;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación;
- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitaciones similares, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite); y
- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

CÓMO APELAR UN RECLAMO POR ENFERMEDADES CRÍTICAS QUE SE RECHAZÓ DE FORMA TOTAL O PARCIAL

Puede apelar cualquier rechazo de un reclamo para beneficios presentando un pedido por escrito con Allstate Benefits. En relación con una apelación, puede solicitar, sin cargo, todos los documentos que sean relevantes (según lo establece ERISA) para su reclamo. También puede acompañar su apelación con comentarios, documentos, archivos e información que considere que respaldan su reclamo, aún si no presentó antes tal documentación. Puede tener representación durante el procedimiento de revisión.

Una apelación se debe presentar con Allstate Benefits de acuerdo con los procedimientos para presentar un reclamo que se describieron en la carta de rechazo dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la notificación por escrito del rechazo de un reclamo. Allstate Benefits presentará una decisión a más tardar a los 60 días de recibida su apelación por escrito. La decisión después de la apelación se hará por escrito e incluirá lo siguiente:

- Las razones específicas del rechazo;
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación;

- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación;
- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitación similar, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite);
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria ofrecidos por el Plan y su derecho a obtener información sobre tales procedimientos; y
- Una declaración relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después del rechazo de una apelación.

También recibirá una notificación si se aprueba el reclamo de la apelación. Si se rechaza su reclamo, tiene derecho a presentar una acción en un tribunal federal de acuerdo con la sección 502(a) de la ley ERISA, pero únicamente después de haber cumplido con los procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Cuando presente un reclamo a Allstate Benefits y este sea rechazado, se enviará una notificación dentro de un plazo razonable pero a más tardar a los 90 días de que Allstate Benefits reciba el reclamo (presentado conforme al Certificado de Seguro por Accidentes). En circunstancias especiales, se puede necesitar una prórroga para tomar una decisión. En ese caso, Allstate Benefits puede tomar una prórroga de 90 días. Usted recibirá una notificación por escrito de la prórroga antes de que termine el período de 90 días.

Si se rechaza su reclamo, el rechazo consistirá en una explicación escrita que incluirá lo siguiente:

- Las razones específicas del rechazo;
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Información relacionada con los plazos para la apelación;
- Una descripción del material o la información adicional, si los hubiese, que sean necesarios para sustentar el reclamo y las razones por las que ese material o esa información son necesarios;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación;
- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitaciones similares, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite); y
- Una notificación relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después de un rechazo de apelación.

También recibirá una notificación si se aprueba el reclamo de la apelación.

CÓMO APELAR UN RECLAMO POR ACCIDENTE QUE SE RECHAZÓ DE FORMA TOTAL O PARCIAL

Puede apelar cualquier rechazo de un reclamo para beneficios presentando un pedido por escrito con Allstate Benefits. En relación con una apelación, puede solicitar, sin cargo, todos los documentos que sean relevantes (según lo establece ERISA) para su reclamo. También puede acompañar su apelación con comentarios, documentos, archivos e información que considere que respaldan su reclamo, aún si no presentó antes tal documentación. Puede tener representación durante el procedimiento de revisión.

Una apelación se debe presentar con Allstate Benefits de acuerdo con los procedimientos para presentar un reclamo que se describieron en la carta de rechazo dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la notificación por escrito del rechazo de un reclamo. Allstate Benefits presentará una decisión a más tardar a los 60 días de recibida su apelación por escrito. En circunstancias especiales, se puede necesitar una prórroga para tomar una decisión. En ese caso, Allstate Benefits puede tomar una prórroga de 60 días. La decisión después de la apelación se hará por escrito e incluirá lo siguiente:

- Las razones específicas del rechazo;
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó el rechazo;
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar esta determinación;
- Si el rechazo se basa en una necesidad médica o limitación similar, una explicación de esta norma (o una declaración de que está disponible cuando se solicite);
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria ofrecidos por el Plan y su derecho a obtener información sobre tales procedimientos; y
- Una declaración relacionada con su derecho a iniciar acciones legales después del rechazo de una apelación.

También recibirá una notificación si se aprueba el reclamo de la apelación. Si se rechaza su reclamo, tiene derecho a presentar una acción en un tribunal federal de acuerdo con la sección 502(a) de la ley ERISA, pero únicamente después de haber cumplido con los procedimientos de reclamos y apelaciones del Plan.

Si desea conocer las fechas límite para iniciar acciones legales, consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) que se encuentra anteriormente en este capítulo.

Proceso de reclamos para el seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro de viajero durante viajes de negocios y seguro por AD&D

Los reclamos por el seguro de vida pagado por la empresa, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro de viajero durante viajes de negocios y seguro por AD&D se pueden iniciar llamando por teléfono a Prudential al **877-740-2116**.

Consulte el capítulo del seguro correspondiente para obtener detalles sobre la información necesaria para presentar cada tipo de reclamo. Cuando presenta un reclamo a Prudential y es rechazado, se enviará una notificación dentro de un plazo razonable, pero a más tardar a los 90 días de recibido el reclamo. Si Prudential determina que se necesita una prórroga debido a situaciones ajenas al Plan, este período se puede extender a un período adicional de 90 días. Recibirá una notificación anterior a la prórroga donde se indicarán las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha para la cual Prudential espera presentar una determinación.

Si su reclamo se rechaza en su totalidad o en parte, recibirá notificación de una determinación de beneficio desfavorable que:

- Establecerá las razones específicas para la determinación de beneficio desfavorable;
- Hará referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación;
- Describirá el material o la información adicionales, si los hubiese, que se necesitan para sustentar el reclamo y las razones por las cuales ese material o esa información son necesarios; y
- Describirá los procedimientos de revisión de los reclamos de Prudential y los plazos aplicables para tales procedimientos, incluida una declaración de su derecho a iniciar acciones legales conforme a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación de beneficio desfavorable en la revisión.

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

Si su reclamo por los beneficios es rechazado y desea apelar, debe enviar una apelación por escrito a Prudential a la dirección que figura más abajo dentro de los 180 días posteriores al rechazo. Su reclamo deberá incluir comentarios, documentos, archivos o cualquier otra información que le gustaría que se considere.

Envíe su apelación por escrito a:

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

Tendrá derecho a pedir copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relevante a su reclamo. Independientemente de la determinación inicial, su apelación será revisada por una persona que decidió sobre su reclamo inicial. Prudential tomará una determinación sobre su apelación dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta otros 45 días si Prudential determina que existen circunstancias especiales que requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito de Prudential sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las cuales se basó la determinación;
- Una declaración que establezca su derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo;
- Una descripción de los procedimientos de revisión de Prudential y los plazos aplicables;
- Una declaración en la cual se establece que usted tiene derecho a obtener, cuando la solicite y sin cargo, una copia de las normas o pautas internas en las cuales se basaron para tomar la determinación; y
- Una declaración que describe los procedimientos de solicitud que ofrece el Plan y su derecho a iniciar acciones legales conforme a ERISA.

Si no se le informa la decisión sobre la apelación dentro de los plazos mencionados anteriormente, el reclamo debe considerarse rechazado en la apelación.

SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE RECLAMOS POR SEGURO DE VIDA, SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO O SEGURO DE VIAJERO DURANTE VIAJES DE NEGOCIOS

Si se rechaza su apelación o si no recibe una respuesta a su apelación dentro del plazo correspondiente (en cuyo caso la apelación se considera rechazada), usted o su representante pueden presentar por escrito una segunda apelación voluntaria al rechazo a Prudential. Debe presentar su segunda apelación dentro de los 180 días de la recepción de la notificación escrita del rechazo o 180 días a partir de la fecha en que tal reclamo se considera rechazado. Puede presentar comentarios por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su primera apelación se aplican por lo general a esta segunda apelación voluntaria.

Si desea conocer las fechas límite para iniciar acciones legales, consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) que se encuentra anteriormente en este capítulo.

Proceso de reclamos y apelaciones para los reclamos por la cobertura de discapacidad

NOTA: En esta sección, se describe el proceso de reclamos y apelaciones para el plan de discapacidad de corto plazo para los asociados de tiempo completo pagados por hora (básico y mejorado), el plan de discapacidad de largo plazo y el plan de discapacidad de largo plazo para conductores de camión. Para obtener información sobre los reclamos y las apelaciones para los planes de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados y conductores de camión, consulte los respectivos capítulos.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Notifique a Sedgwick para que solicite un permiso de ausencia y presente un reclamo por discapacidad de corto plazo tan pronto como sepa que estará ausente del trabajo debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Para ello, visite [One.Walmart.com](https://www.one.walmart.com) > [mySedgwick](#) o llame al **800-492-5678**.

Los reclamos conforme al plan de discapacidad de corto plazo para los asociados de tiempo completo pagados por hora de todos los estados, excepto California y Rhode Island, se deben enviar a la siguiente dirección:

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

En el caso de los asociados que trabajan en estados o localidades que cuentan con planes exigidos por el estado, tales como California, Rhode Island y Washington, debe presentar su reclamo directamente ante el gobierno estatal o local. Para obtener más información, incluidos los plazos de presentación, llame al número de teléfono correspondiente que figura en la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo [Discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora](#).

Los reclamos por discapacidad de largo plazo y por discapacidad de largo plazo para conductores de camión se deben enviar a:

Group Benefits Claims
Lincoln Financial Group
Group — Charlotte WM
P.O. Box 7216
London, Kentucky 40742-7216

PLAZOS DE PRESENTACIÓN

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

En el resto de los estados (excepto en California y Rhode Island, tal como se indicó anteriormente), deberá presentar su reclamo por discapacidad de corto plazo ante Sedgwick en el plazo de 90 días a partir de la fecha en que comienza su discapacidad para garantizar que lo consideren para recibir beneficios. Es posible que Sedgwick desestime los reclamos

que se presenten trascurridos los 90 días de la fecha en que comienza la discapacidad, a menos que la aseguradora determine que hay una buena causa para la presentación tardía.

Si tiene un reclamo de discapacidad de corto plazo aprobado y está inscrito en un programa de discapacidad de largo plazo (LTD) o en un plan de LTD para conductores de camión, su reclamo se transferirá de manera automática a Lincoln para su consideración.

Una vez que se presentó un reclamo, se tomará una decisión en un período de no más de 45 días a partir de la recepción del reclamo correctamente presentado. El tiempo para la decisión se puede extender hasta dos períodos de 30 días adicionales siempre que, antes de cualquier período de prórroga, se le notifique por escrito que se necesita una extensión debido a asuntos que están fuera de su control, se identifiquen esos asuntos y se le proporcione la fecha en la que se presentará su decisión. Si su reclamo se extiende debido a que usted no presenta información necesaria para la determinación de su reclamo, el tiempo de decisión se puede anunciar a partir de la fecha en la cual se le envía la notificación de la prórroga hasta la fecha en que se recibe su respuesta. Si se aprueba su reclamo, la decisión contendrá información suficiente para informarle de forma razonable sobre esa decisión.

Toda determinación de beneficio desfavorable se hará por escrito y contendrá lo siguiente:

- Razones específicas para la decisión.
- Referencia específica a las disposiciones del Plan en la cual se basa la decisión.
- Un análisis de la decisión, incluida una explicación de lo básico para estar en desacuerdo o no seguida de lo siguiente:
 - Las opiniones que presente ante los profesionales de atención médica del Plan que lo tratan y los profesionales vocacionales que lo evaluaron.
 - Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo por cuenta del Plan en conexión con su determinación de beneficio desfavorable, independientemente de si se basó en el consejo para tomar la determinación del beneficio.
 - Una determinación de discapacidad sobre usted realizada por la Administración de Seguridad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Ya sea que se basaron en reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan para tomar la determinación desfavorable o, de manera alternativa, una declaración de que estas reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen.
- Si la determinación de beneficio desfavorable se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una explicación del veredicto científico o clínico para la determinación, que aplique los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que esa explicación se proporcionará de forma gratuita a pedido.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que usted sustente el reclamo y una explicación de por qué es necesario dicho material o información.

- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación.
- Una descripción de los procedimientos de revisión y límites de tiempo aplicables a tales procedimientos.
- Una declaración que establece que tiene derecho a iniciar acciones civiles conforme a la Sección 502(a) de ERISA después de que apela la decisión si recibe un rechazo por escrito de la apelación.

CÓMO APELAR UN RECLAMO DE DISCAPACIDAD QUE SE RECHAZÓ DE FORMA TOTAL O PARCIAL

Si se rechaza su reclamo para obtener los beneficios por discapacidad y desea apelar, debe enviar una apelación oral o por escrito a Sedgwick o Lincoln (según corresponda) dentro de los 180 días luego del rechazo.

En el caso de los asociados que trabajan en estados o localidades que cuentan con planes exigidos por el estado, tales como California, Rhode Island y Washington, debe presentar su apelación directamente ante el gobierno estatal o local. Para obtener más información, incluidos los plazos de presentación, llame al número de teléfono correspondiente que figura en la tabla [Recursos](#) al comienzo del capítulo [Discapacidad de corto plazo para asociados de tiempo completo pagados por hora](#).

Su apelación se llevará a cabo independientemente de la determinación inicial y estará a cargo de una persona que no sea quien tomó la decisión sobre su reclamo inicial ni un subordinado de la persona que tomó la decisión sobre su reclamo inicial. No se permitirá la postergación de la determinación inicial. Usted tendrá la oportunidad de enviar comentarios por escrito, documentos u otra información que respalden su apelación. Tiene derecho a solicitar copias, sin cargo, de todos los documentos, archivos u otra información relacionada con su reclamo. El administrador de la red subcontratado, en nombre del Plan, le proporcionará toda prueba nueva o adicional o los fundamentos considerados en el marco de su reclamo, con tiempo suficiente antes de la fecha de la determinación de las apelaciones, a fin de darle una oportunidad razonable de responder.

Si su reclamo involucra una cuestión de criterio médico, el Plan consultará a un profesional de atención de la salud que tenga las calificaciones, la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrado. Si se consultó a un profesional de atención de la salud para la determinación inicial, la apelación se consultará con un profesional de atención de la salud diferente. Cuando lo solicite, el Plan le proporcionará la identificación de todo experto médico cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en conexión con su apelación.

Sedgwick o Lincoln (según corresponda) tomarán una determinación sobre su apelación dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación. Este período se puede extender hasta 45 días adicionales

si se determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. Si se requiere una prórroga, se lo notificarán antes de que finalice el período de 45 días. Si se le pide que suministre información adicional, tendrá 45 días a partir de la fecha en que se lo notifica para que proporcione la información y se suspenderá el tiempo para tomar una determinación hasta que proporcione la información que se le solicitó (o la fecha límite para presentar la información, si es anterior).

Si se rechaza su apelación en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito sobre el rechazo que incluirá:

- Las razones específicas para la determinación desfavorable;
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación;
- Un análisis de la decisión, incluida una explicación de lo básico para estar en desacuerdo o no seguida de lo siguiente:
 - Las opiniones presentadas por usted a los profesionales del Plan de atención de la salud que lo tratan y los profesionales vocacionales que lo evaluaron.
 - Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo por cuenta del Plan en conexión con su determinación de beneficio desfavorable, independientemente de si se basó en el consejo para tomar la determinación del beneficio.
 - Una determinación de discapacidad sobre usted realizada por la Administración de Seguridad Social y presentada por usted ante el Plan.
- Ya sea que se basaron en reglas internas específicas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan para tomar la determinación desfavorable o, de manera alternativa, una declaración de que estas reglas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan no existen.
- Si la determinación de beneficio desfavorable se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una explicación del veredicto científico o clínico para la determinación, que aplique los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que esa explicación se proporcionará de forma gratuita a pedido.
- Una declaración que establece que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, archivos y otra información relevante para su reclamo de beneficios y a obtener copias de dicha documentación.
- Una declaración que establece que tiene derecho a iniciar acciones civiles conforme a la Sección 502(a) de ERISA (incluida una descripción de cualquier período de limitaciones contractuales que se aplique y la fecha en la que el período de limitaciones contractuales vence).

Si desea conocer las fechas límite para iniciar acciones legales, consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) que se encuentra anteriormente en este capítulo.

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

Walmart Disability and Leave Service Center at Sedgwick National Appeals Unit
P.O. Box 14028
Lexington, Kentucky 40512

Para los asociados asalariados y los conductores de camión, consulte el capítulo [Plan de discapacidad de corto plazo para asociados asalariados](#) o el capítulo [Plan de discapacidad de corto plazo para conductores de camión](#), según corresponda, para obtener información detallada sobre el proceso de apelaciones para dichos planes.

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

Group Benefits Claims Appeal Unit
Lincoln Financial Group
Group — Charlotte WM
P.O. Box 7216
London, Kentucky 40742-7216

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

Si es un asociado de tiempo completo pagado por hora cuya cobertura por discapacidad de corto plazo es administrada a través de Sedgwick y su apelación se rechaza, puede realizar una segunda apelación voluntaria de su rechazo oralmente o por escrito a Sedgwick. Debe presentar su segunda apelación dentro de los 180 días luego de recibir la notificación escrita del rechazo. Puede presentar comentarios por escrito, documentos, archivos y cualquier otra información relacionada con su reclamo. Por lo general, los mismos criterios y tiempos de respuesta que se aplicaron a su primera apelación se aplican a esta segunda apelación voluntaria, tal como se describe anteriormente.

Las segundas apelaciones voluntarias para beneficios por discapacidad de corto plazo se deben enviar a:

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

Si desea conocer las fechas límite para iniciar acciones legales, consulte [Fechas límite para presentar un reclamo o iniciar acciones legales](#) que se encuentra anteriormente en este capítulo.

Beneficios de Resources for Living

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

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

Walmart People Services
Attn: Internal Appeals
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500

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

Seguro médico durante viajes de negocios internacionales

Por lo general, los formularios para reclamos no se requieren para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o no está de acuerdo con los beneficios que le ofrecen, puede comunicarse con GeoBlue o presentar un reclamo. Para enviar un reclamo por correo electrónico o por fax, descargue un formulario de reclamo y consulte las instrucciones detalladas en el Centro para Miembros en geo-blue.com. Envíe su reclamo por correo electrónico a claims@geo-blue.com o por fax al **610-482-9623**.

También puede enviar reclamos por correo postal. Descargue un formulario de reclamo del Centro para Miembros en geo-blue.com y envíe el formulario completo a:

GeoBlue
Claims Department
P.O. Box 1748
Southeastern, Pennsylvania 19399-1748

Los reclamos y las apelaciones se determinarán conforme a los plazos y los requisitos establecidos en la póliza de GeoBlue. Comuníquese con GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**. Fuera de los EE. UU., llame por cobrar al: **610-254-5830**.

Información legal

Plan de salud y bienestar para asociados	282
Modificación o cancelación del plan	282
Sus derechos conforme a ERISA	282
Notificación sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA	284
Medicare y la cobertura de medicamentos recetados	287
Asistencia para primas conforme a Medicaid y el Programa de Seguros de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)	289
Participante del Value Plan	292

Información legal

En este documento, se incluye la Descripción Resumida del Plan (SPD) del Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el Plan). La SPD describe los beneficios que Walmart Inc. le ofrece y los pasos que debe seguir para aprovechar al máximo el Plan. En los capítulos anteriores, se describen las características más importantes del Plan. En este capítulo, encontrará información administrativa importante e información sobre sus derechos como participante del Plan.

RECURSOS		
Encuentre lo que necesita	En línea	Otros recursos
Comuníquese con el administrador del Plan		<p>Escriba a:</p> <p>Walmart Plan Administrator Associates' Health and Welfare Plan 508 SW 8th Street Bentonville, Arkansas 72716-3500</p> <p>Llame al 479-621-2058</p>
Respuestas a las preguntas sobre la notificación de privacidad de la HIPAA	Envíe su pregunta a AHWPrivacy@walmart.com	Llame a Servicios al Personal al 800-421-1362
Respuestas a las preguntas sobre Medicare Parte D	Visite medicare.gov	800-MEDICARE (800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048
Respuestas a las preguntas sobre Medicaid/CHIP	Visite insurekidsnow.gov	877-KIDSNOW (877-543-7669)

Lo que debe saber sobre la información legal para el Plan de salud y bienestar para asociados

- Como participante del Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA) de 1974 y sus enmiendas.
- La notificación de privacidad de la HIPAA que figura en este capítulo describe cómo se puede utilizar y revelar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.
- En la sección [Medicare y la cobertura de medicamentos recetados](#) que se encuentra en este capítulo se explican las opciones que usted tiene con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y lo puede ayudar a tomar la decisión de inscribirse o no.
- En la notificación de Medicaid/Programa de Seguros de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) se explican los derechos a la inscripción especial y a la asistencia para primas para individuos elegibles para estos programas.

Plan de salud y bienestar para asociados

El Plan es un plan de beneficios de salud y bienestar para empleados patrocinado por el empleador y está regido por la ley ERISA.

Los términos y condiciones del Plan se exponen en esta SPD, en el Documento de Cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Asociados (Documento de Cobertura), y en las pólizas de seguro y otros documentos del programa de bienestar incorporados en el Documento de Cobertura (como el material de la Inscripción Anual que se le proporciona y el Resumen de beneficios y cobertura). El Documento de Cobertura, junto con este libro y otros documentos incorporados, constituyen el instrumento escrito conforme a los cuales se establece y se mantiene el Plan.

Año del Plan: 1 de enero al 31 de diciembre

Número del Plan: 501

Tipo de Plan: de Bienestar, incluidos los seguros médico, odontológico, oftalmológico, de discapacidad a corto plazo, de discapacidad a largo plazo, de discapacidad a largo plazo, de viajero durante viajes de negocios, por muerte accidental y desmembramiento (accidental death and dismemberment, AD&D), seguro de vida pagado por la compañía, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro contra accidentes, seguro por enfermedades críticas y Recursos para la vida (Resources for Living) (el programa de asistencia para asociados).

Tipo de administración: el Administrador del Plan (o sus delegados, incluidos los administradores de la red subcontratados que deciden sobre los reclamos y las apelaciones) tiene el criterio absoluto para interpretar y definir las disposiciones del Plan, sacar conclusiones de hecho, corregir errores y suplir omisiones. Todas las decisiones e interpretaciones del Administrador del Plan (o su delegado) adoptadas conforme al Plan serán finales, concluyentes y vinculantes para todas las personas y no se pueden anular a menos que un tribunal las considere arbitrarias e inusuales. Los beneficios se pagarán solamente si el Administrador del Plan (o su delegado) determina a su exclusivo criterio que el reclamante tiene derecho a ellos.

Patrocinador del Plan:

Walmart Inc.
702 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Administrador del Plan/ fiduciario designado:

Senior Vice President, Global Benefits Division,
Walmart Inc.
Associates' Health and Welfare Plan
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3500
479-621-2058

Agente de notificación del proceso legal:

Corporation Trust Company
1209 Orange Street Corporation Trust Center
Wilmington, Delaware 19801

Las notificaciones legales también pueden estar a cargo del Depositario o Administrador del Plan.

Número de Identificación del Empleador (EIN) del Patrocinador del Plan: 71-0415188

FINANCIACIÓN PARA EL PLAN

Walmart Inc. puede financiar los beneficios del Plan a partir de sus activos generales o a través de contribuciones hechas al Fondo de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart Inc. Las contribuciones también pueden ser solicitadas por los empleados en una suma determinada por Walmart Inc. a su criterio. Todos los bienes del Plan, incluidas las contribuciones de asociados y los dividendos o ingresos del Plan estarán disponibles para pagar los beneficios suministrados conforme al Plan o los gastos del Plan, incluidas las primas de seguros.

Depositario del plan:

J. P. Morgan
4 New York Plaza, 15th Floor
New York, New York 10004-2413

Modificación o cancelación del plan

Walmart se reserva el derecho según su exclusivo criterio a modificar o finalizar cualquier beneficio conforme al Plan, en cualquier momento y por cualquier motivo, ya sea que se relacione con un participante o beneficiario actual, pasado o futuro del Plan.

Ni el Plan ni los beneficios que se describen en este libro se pueden enmendar en forma oral. Las declaraciones y representaciones orales no tendrán fuerza ni efecto, ni siquiera si son realizadas por el Administrador del Plan o un asociado administrativo de la compañía. Solo serán vinculantes para el Plan las declaraciones por escrito del Administrador del Plan.

Sus derechos conforme a ERISA

Como participante del Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA) de 1974 y sus enmiendas. La ERISA establece que todos los participantes del Plan tienen derecho a lo siguiente:

RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN Y SUS BENEFICIOS

Usted tiene derecho a:

- Revisar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otras instalaciones específicas, como lugares de trabajo y salones de sindicato, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, acuerdos de negociaciones colectivos y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) que presentó el Plan ante el Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos, disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado.

- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguros y los convenios colectivos de trabajo, copias del último informe anual (serie del Formulario 5500) y una Descripción Resumida del Plan actualizada. El Administrador puede cobrar un costo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Administrador del Plan entregue una copia de este informe anual a cada participante.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD GRUPAL

Usted tiene derecho a continuar la cobertura de atención de la salud para usted, su cónyuge y sus dependientes si hay una pérdida de cobertura conforme al Plan como resultado de un evento calificador. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta SPD y los documentos que rigen el Plan sobre las normas que determinan la continuación de los derechos de cobertura de COBRA. (Para obtener más información, consulte el capítulo sobre **COBRA**).

Se le debe otorgar un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, del plan o del emisor de seguro de salud cuando pierde cobertura conforme al plan, cuando tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA o cuando cesa la continuación de la cobertura de COBRA, si la solicita antes de perder la cobertura o si la solicita en un período de hasta 24 meses después de perder la cobertura.

Tenga en cuenta que el Plan Médico para Asociados no tiene una exclusión para afección preexistente.

ACCIONES PRUDENTES DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la ERISA impone deberes sobre las personas que son responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que administran su Plan, llamadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de llevar a cabo su tarea con prudencia e interesándose por usted y por los otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su empleador, su gremio ni cualquier otra persona puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga sus beneficios o ejerza sus derechos bajo la ERISA.

Si su reclamo por un beneficio se rechaza o ignora en parte o totalmente, tiene derecho a saber a qué se debe esta decisión, a obtener copias gratis de documentos que se relacionan con tal decisión y a apelar cualquier negación, todo dentro de ciertos plazos.

Conforme a la ley ERISA, existen pasos que puede seguir para hacer valer los derechos expuestos anteriormente. Por ejemplo:

- Si solicita materiales al Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En ese caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que le suministre los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al Administrador.
- Si rechazan o ignoran en parte o totalmente su reclamo de beneficios, puede iniciar una demanda en un tribunal estatal o federal. Por lo general, debe completar el proceso de apelaciones antes de iniciar acciones legales contra el Plan. Sin embargo, se recomienda consultar a su abogado para determinar cuándo es adecuado iniciar acciones legales contra el Plan.
- Si no está de acuerdo con la decisión del plan o desconoce la misma con respecto al estado calificado de una orden de relación familiar u orden médica de subsidio de menores, puede presentar una demanda en un tribunal federal.
- Si los fiduciarios del Plan hicieran un mal uso del dinero del Plan o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar la ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o puede iniciar acciones legales en un tribunal federal.

El tribunal decidirá quién debe pagar los gastos judiciales y honorarios de abogados. Si usted gana, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó que pague tales gastos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle a usted que pague los costos y honorarios; por ejemplo, si descubre que su reclamo es improcedente.

AYUDA CON SUS PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme a la ley ERISA o necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la Oficina de Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado más cercana, del Departamento de Trabajo de EE. UU., que se incluyen en su directorio telefónico o con:

**Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U. S. Department of Labor
200 Constitution Avenue NW
Washington, DC 20210**

También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos conforme a la ley ERISA llamando a la línea gratuita de las publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al **866-444-3272** o ingresando en dol.gov/ebsa.

Notificación sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA

Esta notificación se actualizó el 1 de agosto de 2019.

ESTA NOTIFICACIÓN SE APLICA AL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS (AMP), AL PLAN ODONTOLÓGICO Y RECURSOS PARA LA VIDA (RESOURCES FOR LIVING, RFL) DENOMINADOS CONJUNTAMENTE COMO LOS “PLANES”.



ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELA CON ATENCIÓN. Usted tiene ciertos derechos conforme a la Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). La HIPAA regula en qué momento y de qué modo su información sobre salud médica, conservada por el AMP, el plan odontológico y los RFL, puede ser utilizada y divulgada y de qué manera puede usted tener acceso a esta información. Comparta una copia de ella con los miembros de su familia cubiertos por el AMP, el plan odontológico y RFL.

COMPROMISO DE LOS PLANES CON SU PRIVACIDAD

A instancias de esta notificación, donde figuren “nosotros” o “nuestro”, se hace referencia a los Planes. Walmart también proporciona beneficios para algunos asociados a través de una organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un Plan PPO totalmente asegurado y un plan de seguro médico de accidente durante viajes de negocios internacionales totalmente asegurado. Para estas opciones de beneficios, el asegurador del Plan de HMO o PPO, o el plan de seguro médico de accidente durante viajes de negocios internacionales es responsable de proteger su información de salud conforme a las regulaciones de la HIPAA, así como de proporcionarle su propia notificación de las prácticas de privacidad.

Los planes se encargan de mantener la privacidad de su información de salud durante el tiempo que el Plan mantenga su información de salud o durante cincuenta años después de su fallecimiento. Mediante la administración de los planes, creamos registros sobre usted y los beneficios que le proporcionamos. Esta notificación le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. También describe sus derechos y determinadas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información de salud. La ley nos exige:

- Preservar la privacidad de su información médica, también conocida como Información Médica Protegida (PHI);
- Proporcionarle esta notificación;
- Cumplir con las disposiciones de esta notificación;
- Notificarlo si se infringe su PHI sin seguridad.

El Plan se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad y de hacer que toda modificación se aplique a la PHI que obtuvimos sobre usted antes de realizadas

las modificaciones. Si se realiza una revisión material de esta notificación, le haremos llegar la nueva notificación. Para obtener una copia impresa de la notificación vigente, comuníquese con los Planes a través de la información de contacto que figura al final de esta notificación. La notificación más reciente también se encuentra disponible en One.Walmart.com.

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

La ley permite que usemos y divulguemos su información médica protegida (protected health information, PHI) para determinados fines sin su permiso o autorización. A continuación, se presentan ejemplos de cada una de estas circunstancias.

1. **Para tratamientos.** Se nos permite usar o divulgar su PHI si los fines están relacionados con un tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con médicos, enfermeros y otros profesionales que participan en sus cuidados.
2. **Para pagos.** Se nos permite usar o divulgar su PHI para permitir el pago del tratamiento que recibe conforme a los Planes. Por ejemplo, podemos contactar a su médico para certificar que usted ha recibido tratamiento (y por qué rango de beneficios) y solicitar detalles relacionados con su tratamiento para determinar si sus beneficios cubrirán su tratamiento (o pagarán los costos). Además, podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de terceros que pueden ser responsables de tales costos, como familiares u otras compañías de seguros.
3. **Para operaciones relacionadas con la atención de la salud.** Podemos usar o divulgar su PHI para aplicarla en nuestras operaciones relacionadas con la atención de la salud. Por ejemplo, nuestros administradores de reclamos en algunos estados o los mismos Planes pueden usar su PHI para llevar a cabo actividades de planificación y gestión de costos. Toda información que utilicemos o divulguemos para suscribir esos fines no incluirán ninguna PHI que sea información genética.
4. **Para el patrocinador de los Planes.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI a Walmart, el Patrocinador del Plan. El Patrocinador de los Planes utilizará su PHI únicamente según sea necesario para administrar los Planes. La ley solo permite que los Planes divulguen su PHI a Walmart, en calidad de Patrocinador de los Planes, si Walmart certifica, entre otros aspectos, que solo la utilizará o divulgará según lo permite el Plan, que limitará el acceso a ella a los empleados de Walmart cuyo trabajo sea administrar el Plan y que no la usará para actividades relacionadas con el empleo.
5. **Para programas y servicios relacionados con la atención de la salud.** Los Planes pueden contactarlo para brindarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su atención de la salud que pueden ser de su interés.
6. **A personas relacionadas con su atención o con el pago de su atención.** Los Planes pueden divulgar a terceros su información médica protegida que esté relacionada con la atención de la salud que usted recibe (incluidos a sus familiares, amigos cercanos o a una persona identificada en el Plan como involucrada en este aspecto), siempre y cuando usted esté de acuerdo. Si usted no se encuentra presente para aceptar o denegar la divulgación de su PHI

a terceros, los Planes pueden usar su criterio profesional para determinar si hacerlo es beneficioso para usted. Si se decide que hacerlo es en su mayor beneficio, los Planes pueden divulgar la menor cantidad de PHI necesaria para alcanzar el objetivo. Además, usted tiene el derecho a solicitar que los Planes limiten la divulgación de su PHI a individuos específicos del ámbito de la atención de la salud que usted recibe.

OTROS USOS O FORMAS DE DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN AUTORIZACIÓN

Le ley nos permite divulgar su PHI sin su permiso o autorización en las siguientes circunstancias:

1. **Cuando así lo exige la ley.** Los Planes usarán y divulgarán su PHI cuando nos lo exija la ley federal, estatal o local.
2. **Para prevención de riesgos de la salud pública.** El Plan puede divulgar su PHI para su aplicación en actividades de salud pública, tales como actividades que apuntan a prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones, informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con determinados productos e informar sobre el maltrato o abandono de niños, personas mayores y adultos dependientes.
3. **Para actividades de supervisión de atención de la salud.** Los Planes pueden divulgar su PHI a un organismo que supervise la atención de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión, que son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, incluyen investigaciones, inspecciones, auditorías y concesión de permisos de ausencia.
4. **Para acciones legales y conflictos.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial si usted se ve implicado en una acción legal o procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una requisitoria prejudicial de pruebas, citación u otro proceso legal promovido por otra parte implicada en el conflicto, pero únicamente si recibimos garantías satisfactorias de la parte que busca la información de que se han hecho los esfuerzos razonables para informarle de la requisitoria, permitirle objetar en un tribunal u obtener una orden a fin de proteger la información que ha solicitado dicha parte.
5. **A efectos del cumplimiento de la ley.** Los Planes pueden divulgar su PHI si una autoridad judicial la solicita en determinadas circunstancias, que incluyen, entre otras, las siguientes:
 - Con relación a un delito en determinadas situaciones, si nos resulta imposible obtener el consentimiento de la persona;
 - Con relación a una muerte que sospechamos pudo haber sido consecuencia de un acto delictivo;
 - Con relación a un acto delictivo perpetrado en nuestras oficinas;
 - En respuesta a una orden de allanamiento, una citación, una orden judicial, una orden de comparecencia o un proceso legal similar;
 - Para identificar o ubicar a un sospechoso, a un testigo material, a un fugitivo o a una persona desaparecida;
- En una emergencia, para dar aviso de un delito (lo cual incluye la ubicación de las víctimas del delito o la descripción, identidad o ubicación de la persona que cometió el delito); y
- En los casos en los que una agencia encargada del cumplimiento de la ley haya solicitado PHI a los fines de identificar o ubicar a una persona, la HIPAA permite que, si se cumplen determinadas situaciones, los planes divulguen a dicha agencia información limitada tal como el nombre, la dirección, el número de Seguro Social, el tipo de sangre ABO, el tipo de lesión, la fecha y la hora del tratamiento o el fallecimiento y características físicas distintivas.
6. **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI cuando resulte necesario para minimizar o prevenir una amenaza grave para su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otra persona o de la comunidad. En estos casos, solo divulgaremos información a las personas u organizaciones que pueden ayudar a prevenir la amenaza.
7. **Para cumplir funciones militares.** Los Planes pueden divulgar su PHI si usted es miembro del ejército de los Estados Unidos o de las fuerzas armadas extranjeras (incluso excombatientes) a los fines de garantizar la ejecución correcta de una misión militar solamente si la autoridad militar correcta ha publicado en el Registro Federal la información adecuada.
8. **Para la seguridad nacional.** Los Planes pueden divulgar su PHI a funcionarios Federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al presidente, otros funcionarios o presidentes extranjeros, o bien para llevar a cabo investigaciones.
9. **Presidarios.** Los planes pueden divulgar su PHI a instituciones correccionales o autoridades judiciales si está preso o bajo la custodia de un organismo judicial. En estos casos, se divulga la información por las siguientes razones: a fin de que la institución le brinde servicios de atención de la salud; para la seguridad y protección de la institución; para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otras personas.
10. **Para programas de compensación de trabajadores.** Los planes pueden divulgar su información médica para programas de compensación de trabajadores y otros programas similares.
11. **Para servicios relacionados con el fallecimiento.** Los Planes pueden divulgar su PHI tras su fallecimiento a un médico forense, director fúnebre o centro de donación de órganos, según sea necesario para permitirles cumplir sus funciones.
12. **Investigación.** La HIPAA les permite a los Planes divulgar PHI a los fines de investigación aprobada por el gobierno. Es política de los Planes no divulgar PHI a los fines de investigación y no divulgará su PHI para tales fines a menos que sea necesario divulgarla de conformidad con la ley.
13. **Notas de psicoterapia.** Siempre se requiere una autorización para usar o divulgar las notas de psicoterapia a un tercero a menos que el uso o la divulgación estén permitidos de conformidad con las regulaciones de la HIPAA. Los usos o las divulgaciones permitidos incluyen: uso para tratamiento, pago u operaciones de

atención médica; uso por el originador de las notas para tratamiento; uso por los Planes para defenderse en una demanda que usted inicie; cuando sea requerido por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos; cuando dicha divulgación sea requerida por ley; para actividades de supervisión de atención de la salud según esté permitido de conformidad con las regulaciones; divulgación a una persona que puede prevenir razonablemente un daño grave a una persona o al público; y la divulgación a un examinador médico o médico forense a los fines de identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otros fines permitidos por la ley. Aunque las regulaciones permiten a las entidades cubiertas usar y divulgar notas de psicoterapia para la capacitación de profesionales o estudiantes de la salud, los Planes no participan en dichos ejercicios de capacitación y no pueden divulgar la información para tales fines.

14. **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Los Planes puede divulgar su PHI si hay una creencia razonable de que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Dicha divulgación está permitida conforme a la ley HIPAA solamente si lo exige la ley o con su permiso o en la medida en la que la divulgación esté expresamente autorizada por ley y solamente si, al mejor criterio del Plan, la divulgación es necesaria para prevenir un daño grave a usted u otras víctimas potenciales.
15. **Actividades de supervisión de la salud e investigaciones conjuntas.** El Plan debe divulgar PHI solicitada de agencias de supervisión de la salud a los fines de auditorías autorizadas legalmente, investigaciones que incluyen investigaciones conjuntas, inspecciones, concesión de licencias, acciones disciplinarias u otras actividades de supervisión de entidades autorizadas.
16. **Esfuerzos de socorro en desastres.** Los Planes pueden usar o divulgar su PHI para notificar a un integrante de la familia o a otra persona involucrada en su atención su ubicación, condición general o muerte, o a una entidad pública o privada autorizada por la ley o su estatuto para asistir en los esfuerzos de socorro en desastres a hacer dicha notificación.

USOS Y DIVULGACIÓN QUE REQUIEREN DE SU AUTORIZACIÓN

Los Planes solicitarán su autorización escrita en caso de necesitar usar o divulgar su PHI para otras situaciones, que incluyen la mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia (excepto en las situaciones descritas más arriba), los usos y las divulgaciones de PHI para fines comerciales, y los usos o las divulgaciones que son una venta de la PHI. Tras su autorización, el Plan no condicionará su elegibilidad para participar en el Plan o el pago de los beneficios conforme al Plan, excepto cuando la ley lo permita. Si usted nos otorga una autorización escrita para usar o divulgar su PHI, puede revocar dicha autorización en cualquier momento por escrito. Si usted revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su PHI por las razones que se describen en la autorización, salvo en las que hemos tomado medidas basándonos en su autorización antes de que recibiéramos su revocación por escrito.

LEYES DE PRIVACIDAD ESTATALES MÁS ERICTAS

Conforme a las Reglamentaciones de Privacidad de la HIPAA, el Plan debe acatar las legislaciones estatales, de haberlas, que también son aplicables y no van en contra de la HIPAA (por ejemplo, donde las leyes estatales sean más estrictas). El Plan mantiene una política para garantizar el cumplimiento de estas leyes.

SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la PHI que mantenemos en nuestro poder:

1. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que los Planes se comuniquen con usted por asuntos concernientes a su salud y otros temas relacionados por medios específicos o en lugares determinados si considera que su vida puede correr peligro si se envía la información a su hogar. Por ejemplo, puede pedir que se lo contacte en el trabajo y no en su casa. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección y especificar el método de contacto solicitado o el lugar donde desea que se lo contacte. Para que consideremos la posibilidad de dar lugar a su solicitud de comunicación confidencial, su solicitud por escrito debe establecer con claridad que su vida podría correr peligro si esta información se divulga total o parcialmente.
2. **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción en el uso o en la divulgación de su PHI a los fines de tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Si bien no estamos obligados a acceder a su solicitud excepto en circunstancias limitadas, en caso de que efectivamente accedamos, estamos obligados conforme a este acuerdo, salvo cuando la ley exija lo contrario, en casos de emergencias o cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento. Para solicitar una restricción a nuestro uso o divulgación de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Su solicitud debe describir en forma clara y concisa: (a) la información que desea que se restrinja; (b) si desea que el Plan Médico para Asociados, el plan odontológico o RFL se limiten en cuanto a su uso, su divulgación o ambos; (c) a quién desea que se apliquen estas restricciones.
3. **Derecho a revisar y copiar la información.** Salvo en circunstancias limitadas, tiene derecho a revisar y copiar la PHI que puede utilizarse para tomar decisiones que lo involucran. Generalmente, esto incluye registros médicos y de facturación. Para revisar o copiar su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Los Planes deben proporcionarle directamente, a usted o el individuo que designe, acceso a la PHI electrónica en el formulario electrónico y formato que solicite, si se puede ejecutar inmediatamente o, en caso contrario, en un formato electrónico que pueda

leerse según lo acordado entre usted y el Plan. Los planes pueden cobrar una tarifa por el costo de la copia, el envío postal, las tareas realizadas y los insumos relacionados con su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de revisar o copiar la información en ciertas circunstancias específicas. En estos casos, puede solicitar al Plan que se revise la decisión de rechazo de solicitud a la dirección que aparece en la siguiente columna.

4. **Derecho a solicitar enmiendas.** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI si considera que es incorrecta o que está incompleta. Para solicitar una enmienda, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Debe incluir un motivo que respalde su solicitud de enmiendas. Podemos rechazar su solicitud si nos pide modificar PHI que: (a) es precisa y completa; (b) no forma parte de la PHI guardada por el Plan o para el Plan; (c) no forma parte de la PHI que usted está autorizado a revisar y copiar; (d) no fue creada por el Plan, salvo que la persona o el organismo que creó la PHI no pueda modificarla. Incluso si rechazamos su solicitud de enmiendas, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con respecto a toda información en sus registros que considere incompleta o incorrecta. Si lo solicita, esta información formará parte de sus registros médicos: la adjuntaremos a sus registros y la incluiremos cada vez que divulguemos esta información o declaración que usted considera incompleta o incorrecta.
5. **Derecho a un informe sobre la divulgación de información.** Tiene derecho a solicitar un informe sobre la divulgación de su información. El informe sobre la divulgación de información es una lista de determinados casos en que divulgamos su PHI, para fines que no están relacionados con tratamientos, pagos, operaciones de atención de la salud y otras excepciones conforme a la ley o conforme a su autorización. Para solicitar un informe sobre la divulgación de información, debe enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Debe especificar el período, el cual no debe superar los seis años anteriores a su solicitud. Le notificaremos el costo involucrado en el cumplimiento con su solicitud y usted podrá elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento.
6. **Notificación impresa.** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de esta notificación, incluso si accedió a recibirla en formato electrónico.

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo ante el Plan Médico para Asociados, el plan odontológico o RFL, o bien ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentarnos un reclamo, debe enviarlo por escrito a la dirección que figura al final de esta sección. Ni Walmart ni los Planes tomarán represalias contra usted por presentar un reclamo. No se tomarán represalias contra usted ni se lo discriminará, ni se le negará ningún servicio, pago ni privilegio porque haya presentado un reclamo ante el Plan Médico para Asociados, el plan odontológico o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si tiene preguntas sobre esta notificación o desea ejercer los derechos descritos en esta notificación, comuníquese con:

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

Envíe sus consultas por correo electrónico a:
AHWPrivacy@walmart.com
 Teléfono: **800-421-1362**

Medicare y la cobertura de medicamentos recetados

Lea detenidamente esta notificación sobre Medicare y la cobertura de medicamentos recetados y consérvela en un lugar donde pueda encontrarla.

Esta notificación contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el Plan) y la opción de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando la posibilidad de adherirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área. Aquí también se indica dónde puede obtener más información que lo ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicamentos recetados.

Existen aspectos importantes que debe conocer sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas que cuentan con Medicare. Puede gozar de esta cobertura si se adhiere a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o a un Plan de Ventajas de Medicare (por ejemplo, una HMO o una PPO) que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen como mínimo un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
- Se espera que algunos de los planes de medicamentos recetados de Walmart (según se describe más adelante en la notificación debajo del encabezado **¿Qué planes de Walmart tienen cobertura acreditable?**) paguen lo mismo que pagaría la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare en promedio para todos los participantes del plan y, por lo tanto, se consideran cobertura acreditable. Si usted participa en uno de estos planes, puede conservar su cobertura actual y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare.
- Se espera que otras opciones del Plan de Walmart (según se describe más adelante en la notificación debajo del encabezado **¿Qué planes de Walmart tienen cobertura no acreditable?**) no paguen lo mismo que pagaría la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare en

promedio para todos los participantes del Plan. Si usted participa en uno de estos planes, su cobertura no es acreditable. Esto es importante, ya que para la mayoría de las personas inscritas en estas opciones del Plan, la inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare implica obtener más asistencia con los costos de los medicamentos que la que ofrece la cobertura de medicamentos recetados únicamente a través del Plan. También es importante porque puede significar que usted paga una prima más alta (una multa) si no se adhiere a un plan de medicamentos de Medicare cuando adquiere elegibilidad por primera vez.

Si posee cobertura no acreditable con el Plan, es posible que influya en la cantidad de dinero que deba pagar usted para la cobertura de medicamentos de Medicare D en el futuro. Cuando cumpla con los requisitos para Medicare D, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área. Lea este aviso con atención: explicará qué opciones tiene.

COBERTURA ACREDITABLE Y NO ACREDITABLE

¿Qué significa “cobertura acreditable”? La cobertura acreditable hace referencia a que su cobertura actual para medicamentos recetados paga lo mismo que pagaría la cobertura para medicamentos recetados de Medicare estándar, como promedio para todos los participantes del plan. La cobertura de medicamentos recetados que no cumple con este requisito no es una cobertura acreditable.

¿QUE PLANES DE WALMART SE CONSIDERAN COBERTURA ACREDITABLE?

Walmart ha determinado que las siguientes coberturas de medicamentos recetados de los Planes se consideran cobertura acreditable según las pautas de Medicare:

- Plan Premier
- Plan de contribución
- Planes locales
- Planes HMO
- Plan eComm PPO

Si su cobertura es acreditable, puede continuar con su cobertura actual y no pagar un monto adicional si luego decide inscribirse en la cobertura de Medicare.

Si está inscrito en alguno de los Planes mencionados más arriba, puede optar por adherirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante sin pagar ningún adicional porque ya cuenta con una cobertura para medicamentos recetados que, en promedio, es tan buena como la cobertura de Medicare.

Si usted está inscrito en Medicare Parte D, usted no es elegible para inscribirse en ninguno de los Planes mencionados más arriba. Si su dependiente está inscrito en Medicare Parte D y usted no, usted es elegible para inscribirse en un plan médico o plan HMO de Walmart, pero su dependiente no sería elegible para la cobertura.

Si da de baja la cobertura médica con Walmart y se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes elegibles tendrán la opción de volver

a inscribirse en el Plan de Walmart durante la Inscripción Anual o con un evento de cambio de estado válido. Debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área.

¿QUÉ PLANES DE WALMART SE CONSIDERAN COBERTURA NO ACREDITABLE?

La siguiente cobertura de medicamentos recetados del Plan se considera no acreditable según las pautas de Medicare:

- Plan Saver

Si su cobertura no es acreditable, considere la posibilidad de inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan acreditable de Walmart enumerado a continuación, ya que la cobertura que tiene no paga lo mismo que pagaría la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare, como promedio para todos los participantes del plan.

¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME EN LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando adquiera elegibilidad por primera vez para Medicare y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Si tiene una cobertura de medicamentos recetados acreditable y la pierde, sin que medie culpa de su parte, será elegible para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene una cobertura de medicamentos recetados no acreditable y la da de baja en el Plan debido a que es una cobertura grupal patrocinada por el empleador, será elegible para un SEP de dos meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. No obstante, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una multa) debido a que no tenía una cobertura acreditable con el Plan.

¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (MULTA) PARA ADHERIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si tiene una cobertura acreditable y da de baja o pierde su cobertura con el Plan, y no se adhiere al plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una multa) para adherirse luego al plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene una cobertura no acreditable, según el tiempo que pase sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, tendrá que pagar una multa para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días corridos o más desde el final del último mes en que fue inicialmente elegible para adherirse al plan de medicamentos de Medicare, pero no se adhirió sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual aumentaría como mínimo el 1% de la prima mensual básica para beneficiarios de Medicare por cada mes que

no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima siempre debe ser, al menos, un 19 % más alta que la prima básica para beneficiarios de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima (una multa) por el tiempo que tenga una cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente período de Inscripción Anual de Medicare, que empieza en octubre, para adherirse.

¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE ADHERIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con el Plan Médico para Asociados (AMP) se verá afectada. Las pautas del Plan no le permiten inscribirse en el plan médico para asociados si está inscrito en Medicare Parte D. Si su dependiente está inscrito en Medicare Parte D y usted no, usted puede inscribirse en un AMP, pero su dependiente no sería elegible para la cobertura.

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare y da de baja su cobertura con el AMP de Walmart, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar su cobertura actual con el AMP únicamente durante la Inscripción Anual o debido a un evento de cambio de estado.

Si se inscribe en un plan de Medicare Parte D y decide, en el plazo de 60 días, volver a un AMP de Walmart, quedará automáticamente reinscrito en la misma cobertura que tenía antes del evento de cambio de estado. Consulte el capítulo [Elegibilidad e inscripción](#) para obtener más información.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE Y LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

- Usted recibirá esta notificación todos los años antes del período de inscripción de Medicare.
- Si realizamos alguna modificación al plan que afecte su cobertura acreditable, recibirá otra notificación.
- Si desea obtener una copia de esta notificación, puede solicitarla a Servicios al Personal al **800-421-1362**.

MÁS INFORMACIÓN DISPONIBLE

Puede obtener más información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados en el manual *Medicare & You* (Medicare y usted) de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos recetados aprobados por Medicare. Todos los años, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También puede obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare por estos medios:

- Visite medicare.gov.
- Llame a su programa estatal de asistencia para seguros de salud para obtener ayuda personalizada. (Busque el número telefónico en el manual *Medicare & You* (Medicare y usted)).
- Llame al **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **877-486-2048**.

Las personas de ingresos y recursos limitados pueden obtener ayuda adicional para pagar el plan de medicamentos recetados de Medicare disponible. Para obtener más información sobre este recurso, visite el sitio de la Administración de Seguridad Social en socialsecurity.gov o llame al **800-772-1213** (TTY **800-325-0778**).



RECUERDE

Conserve esta notificación. Si usted se adhiere a uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare, es necesario que presente una copia de esta notificación cuando lo haga para demostrar que tiene o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, que debe pagar o no una prima más alta (una multa).

Asistencia para primas conforme a Medicaid y el Programa de Seguros de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y usted es elegible para una cobertura de salud de Walmart Inc., es posible que su estado tenga un programa de asistencia para primas que puede ayudarlo a pagar la cobertura mediante el uso de los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para tener Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con primas, pero tal vez pueda adquirir una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguro de salud. Para obtener más información, visite healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados que se mencionan en las siguientes páginas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si disponen de asistencia con primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y usted considera que usted o cualquiera de sus dependientes son elegibles para uno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **877-KIDS NOW** o ingrese a insurekidsnow.gov para averiguar cómo inscribirse. Si usted reúne los requisitos, pregúntele a su estado si dispone de un programa que podría ayudarlo a pagar las primas del Plan.

Si usted o sus dependientes son elegibles para un programa de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, así como elegible para el Plan de Walmart, Inc., el Plan está obligado a permitirle a usted y a sus dependientes inscribirse en el Plan si todavía no está inscrito. Esto se llama "oportunidad de inscripción especial" y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se haya determinado que es elegible para la asistencia para primas. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo visitando askebsa.dol.gov o llamando al **866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para asistencia para pagar sus primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados es actual desde el 31 de julio de 2019. Para obtener más información sobre la elegibilidad, comuníquese con su estado.

<p>ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 855-692-5447</p>	<p>LOUISIANA – Medicaid Sitio web: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Teléfono: 888-695-2447</p>
<p>ALASKA – Medicaid Sitio web del Programa de pago de primas del seguro de salud de Alaska: http://myakhipp.com Teléfono: 866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p>	<p>MAINE – Medicaid Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com Teléfono: 855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth Teléfono: 800-862-4840</p>
<p>COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid Colorado) & Plan de salud para niños Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 800-221-3943 Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Centro de Atención al Cliente de CHP+: 800-359-1991/ Servicio de retransmisión estatal 711</p>	<p>MINNESOTA – Medicaid Sitio web: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 800-657-3739</p>
<p>FLORIDA – Medicaid Sitio web: http://flmedicaidprecovery.com/hipp Teléfono: 877-357-3268</p>	<p>MISSOURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p>GEORGIA – Medicaid Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131</p>	<p>MONTANA – Medicaid Sitio web: http://dphs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 800-694-3084</p>
<p>INDIANA – Medicaid Sitio web de Healthy Indiana Plan para adultos de bajos recursos de entre 19 y 64 años edad Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 877-438-4479 Y todos los demás sitios web de Medicaid: http://www.indianamedicaid.com Teléfono: 800-403-0864</p>	<p>NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p>IOWA – Medicaid Sitio web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono: 800-257-8563</p>	<p>NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: https://dhcfp.nv.gov/ Teléfono de Medicaid: 800-992-0900</p>
<p>KANSAS – Medicaid Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf Teléfono: 785-296-3512</p>	<p>NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Línea telefónica gratuita del programa HIPP: 800-852-3345 ext. 5218</p>
<p>KENTUCKY – Medicaid Sitio web: http://chfs.ky.gov Teléfono: 800-635-2570</p>	<p>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 800-701-0710</p>

<p>NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 800-541-2831</p>	<p>DAKOTA DEL SUR – Medicaid Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 888-828-0059</p>
<p>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>TEXAS – Medicaid Sitio web: http://gethipptexas.com Teléfono: 800-440-0493</p>
<p>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid Teléfono: 844-854-4825</p>	<p>UTAH – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 877-543-7669</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 888-365-3742</p>	<p>VERMONT – Medicaid Sitio web: http://www.greenmountaincare.org Teléfono: 800-250-8427</p>
<p>OREGÓN – Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 800-699-9075</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid/CHIP: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Teléfono de Medicaid: 800-432-5924 Teléfono de CHIP: 855-242-8282</p>
<p>PENNSYLVANIA – Medicaid Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/provider/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm Teléfono: 800-692-7462</p>	<p>WASHINGTON – Medicaid Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 800-562-3022 ext. 15473</p>
<p>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)</p>	<p>WEST VIRGINIA – Medicaid Sitio web: http://mywvhipp.com Teléfono: 855-MyWVHIP (855-699-8447)</p>
<p>CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 888-549-0820</p>	<p>WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 800-362-3002</p>
	<p>WYOMING – Medicaid Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com Teléfono: 307-777-7531</p>

Para consultar si otros estados han incorporado un programa de asistencia para primas después del 31 de julio de 2019 o para obtener más información sobre los derechos a la inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.
 Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
dol.gov/ebsa
 866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
 877-267-2323, opción 4, ext. 61565

Participante del Value Plan

EL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR PARA ASOCIADOS (ASSOCIATES' HEALTH AND WELFARE PLAN, AHWP) RESPETA LA DIGNIDAD DE CADA PERSONA QUE PARTICIPA EN EL PLAN.

El AHWP no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad, y prohíbe estrictamente las represalias contra cualquier persona que presente un reclamo por discriminación. Además, con mucho gusto brindamos a nuestros participantes asistencia con el idioma, dispositivos y servicios auxiliares sin costo alguno. Lo valoramos como participante y su satisfacción es importante para nosotros.

Si necesita dicha asistencia o tiene inquietudes, llame al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan. Si tiene preguntas o inquietudes, utilice alguno de los métodos que aparecen a continuación para que podamos ayudarlo mejor.

Para obtener asistencia, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

Para obtener más información o utilizar nuestro proceso de queja, comuníquese con Servicios al Personal al **1-800-421-1362**.

Para presentar un reclamo por discriminación comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

Teléfono: **1-800-368-1019** o **1-800-537-7697** (TDD)

Sitio web:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Correo electrónico: OCRCompliant@hhs.gov

Se ofrecen servicios de intérprete sin costo: **1-800-421-1362**

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

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

汉语普通话
翻译服务免费提供。1-800-421-1362.

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

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

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

日本人
通訳サービスは無料でご利用いただけます。1-800-421-1362.

한국어
통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-421-1362.

Polski
Usługi tłumacza dostępne są bez żadnych kosztów.
1-800-421-1362.

Português (Brasil)
Serviços de interprete estão disponíveis grátis.
1-800-421-1362.

ਪੰਜਾਬੀ
ਦੇਵਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-421-1362.

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

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

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

Español
Los servicios de interpretación están disponibles de manera gratuita. 1-800-421-1362.

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

Tiếng Việt
Dịch Vụ Thông Dịch có sẵn miễn phí. 1-800-421-1362.

Glosario

Administradores de la red subcontratados (TPA):

Subcontratados que brindan servicios administrativos al Plan, incluida la realización de determinaciones sobre reclamos y apelaciones internas conforme al Plan de conformidad con un acuerdo contractual con el Plan. Los administradores de la red subcontratados no aseguran ningún beneficio conforme al Plan.

Asesor de atención de la salud: Recurso que cumple la función de ser un único punto de contacto para todas las consultas y comunicaciones con su administrador de la red subcontratado para los asociados que se inscriben en el Plan Médico para Asociados.

Beneficios de Salud de la Conducta: Beneficios para la salud mental y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el abuso de drogas y alcohol.

Beneficios fuera de la red: Pagos por gastos cubiertos que proporciona un proveedor que no pertenece a la red y no cumplen con los criterios estipulados en la sección **Cuándo se pagan beneficios de la red para gastos fuera de la red** del capítulo **Plan de seguro médico**. (Los beneficios fuera de la red no se prestan en ciertas opciones de plan disponibles conforme al AMP, excepto en casos de emergencia, según lo descrito en el capítulo **Plan de seguro médico**).

Cargo máximo permitido (Maximum Allowable Charge, MAC): MAC significa el monto máximo que el plan médico cubrirá o pagará por cualquier servicio de atención de la salud, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, insumos o beneficios cubiertos por el AMP. Para conocer más detalles, consulte el capítulo **Plan de seguro médico**.

COBRA: Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria, que les permite continuar con la cobertura médica, odontológica y oftalmológica a los asociados y a sus dependientes elegibles que sufren una pérdida en la cobertura debido a un evento calificador.

Compañía: Walmart Inc. y sus subsidiarias participantes.

Comprobante de buena salud o “Constancia de asegurabilidad”: Evidencia de su estado de salud que incluye completar un cuestionario relacionado a su historia clínica y posiblemente someterse a un examen médico.

Contribuciones para ponerse al corriente: Contribuciones adicionales permitidas por el IRS a la cuenta de ahorro de salud de un asociado de 55 años o más. Contribuciones de actualización permitidas por el IRS al plan 401(k) de un asociado de 50 años o más.

Cónyuge: A los fines de determinar la elegibilidad de los dependientes, la pareja de hecho de un asociado u otra persona con la que el asociado esté unido mediante una relación legal reconocida por crear algunos o todos los derechos del matrimonio, que cumpla con los requisitos de elegibilidad de los dependientes de la sección **Elegibilidad de los dependientes** del capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Coordinación de beneficios: Proceso de designar un plan como principal y el otro como secundario cuando dos planes de beneficios aseguran al mismo participante y coordinan la cobertura.

Copago o copago: Suma fija en dólares requerida para ciertos servicios o prestaciones cubiertos. Para obtener información sobre los servicios sujetos a copagos, consulte los capítulos **Plan de seguro médico**, **Beneficio farmacéutico** y **Plan oftalmológico**.

Coseguro: Monto que paga por ciertos gastos elegibles después de que alcanza su deducible anual. Consulte los capítulos **Plan de seguro médico** y **Plan odontológico** para conocer detalles específicos del coseguro.

Cuenta de ahorro de salud (HSA): Cuenta de custodia con ventajas impositivas que puede abrir con HealthEquity, si está inscrito en el Plan Saver y que puede usarse para pagar gastos médicos calificados (según lo define el IRS) libres de impuestos.

Cuenta de reembolso para salud (HRA): Cuenta a la cual la compañía asigna una suma específica para ayudarlo a pagar sus gastos médicos elegibles antes de que usted tenga que pagar los costos de los gastos médicos cubiertos (excepto medicamentos recetados).

Deducible El monto que paga cada año calendario por los cargos elegibles antes de que el AMP pague una parte de ciertos gastos cubiertos. Para obtener información, consulte los capítulos **Plan de seguro médico**, **Beneficio farmacéutico** y **Plan odontológico**.

Dependientes elegibles: Un cónyuge, pareja o hijo elegibles del asociado que cumpla con los requisitos de elegibilidad de los dependientes de la sección **Elegibilidad de los dependientes** del capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Discapacidad o discapacitado: Por una afección médica o lesión que reduzca su capacidad para desempeñar las tareas de su trabajo. Consulte cada capítulo de discapacidad de corto plazo y de largo plazo para obtener definiciones detalladas, y los términos y condiciones relacionados.

Estados Unidos: En el caso de beneficios autoasegurados, los 48 estados contiguos, Hawái, Alaska y el Distrito de Columbia.

Eventos de cambio de estado: Un evento que le permite modificar su cobertura fuera del período de inscripción inicial o del período de Inscripción Anual y se rige según las leyes federales. Estos eventos se enumeran en el capítulo **Elegibilidad e inscripción**.

Evidencia de asegurabilidad: Consulte *Comprobante de buena salud*.

Explicación de los Beneficios (EOB): documento que se envía a los participantes del Plan y que les explica cómo se pagó o aplicó un reclamo.

Gastos cubiertos: Cargos por procedimientos, insumos, equipos o servicios que están cubiertos por el Plan Médico para Asociados y que:

- Son médicamente necesarios.
- No exceden el cargo máximo permitido.
- No están excluidos del Plan.
- No superan de ninguna otra manera los límites del Plan.

Gasto máximo en efectivo: Monto máximo que pagará todos los años por servicios médicos elegibles de la red, incluidos los medicamentos recetados.

Gasto máximo permitido del plan (MPA): El MPA es el monto máximo que el plan odontológico va a cubrir o pagar por los servicios odontológicos cubiertos por el plan odontológico. Para conocer más detalles, consulte el capítulo [Plan del seguro dental](#).

Gasto médico calificado: gasto que se adapta a la definición de gastos médicos en virtud del Código de ingresos internos, Sección 213(d). Se proporcionan ejemplos en la Publicación 502 del IRS, “Gastos médicos y odontológicos”.

Inscripción Anual: Período durante el cual los asociados seleccionan los beneficios para el siguiente año del plan, por lo general todos los años a fines del tercer trimestre.

Licencia: Proporciona a los asociados el tiempo necesario fuera del trabajo, manteniendo su elegibilidad para los beneficios y la continuidad del empleo. Para contemplar situaciones que requieren ausentarse del trabajo, la compañía proporciona tres tipos de licencia:

- Ley de Licencia por Razones Médicas y Familiares (Family Medical Leave Act, FMLA);
- Personal;
- Militar.

La decisión de aceptar una solicitud de licencia se basará en las leyes aplicables, en la naturaleza de la solicitud, en el efecto sobre las necesidades laborales y en la coherencia con las pautas y los procedimientos de las políticas.

Notificación previa: Una notificación voluntaria realizada por inscritos/proveedores para informar a los administradores de la red subcontratados acerca de una admisión hospitalaria o un servicio ambulatorio próximos. Como se describe en la sección [Notificación previa](#) del capítulo [Plan de seguro médico](#), las respuestas de los TPA a las preguntas sobre la notificación previa no son vinculantes respecto del Plan Médico para Asociados.

Orden de provisión de prestaciones de salud para menores (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO): Orden final administrativa o judicial que exige que un asociado brinde cobertura de atención de salud a sus dependientes elegibles conforme al Plan Médico para Asociados, generalmente, después de un divorcio o proceso legal de colocación de niños en custodia.

Período de espera de elegibilidad: El tiempo comprendido entre la fecha de contratación de un asociado y la fecha en la que el asociado es elegible para inscribirse para los beneficios.

Período de inscripción inicial: La primera vez que resulta elegible para inscribirse a los beneficios del Plan. Los períodos de inscripción inicial pueden variar de una clasificación laboral a otra. Consulte las tablas del capítulo [Elegibilidad e inscripción](#).

Plan de Salud y Bienestar para Asociados (Plan): Plan de beneficios de salud y bienestar para empleados patrocinado por el empleador bajo el patrocinio de Walmart Inc. y regido por la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA), y sus enmiendas.

Plan Médico para Asociados (AMP): Consulte los planes médicos que ofrece Walmart (Plan Premier, Plan de Contribución, Plan Saver y planes locales). Para más información, consulte el capítulo [Plan de seguro médico](#).

Proveedores de la red: Proveedores de atención de la salud que han firmado un contrato con administradores de la red subcontratados para prestar servicios con tarifas de descuento.

Proveedor fuera de la red: Proveedores de atención de la salud que no han firmado un contrato con administradores de la red subcontratados para prestar servicios con tarifas de descuento.

Preautorización o autorización previa: Una notificación que puede exigirse como condición de cobertura para determinados servicios prestados por proveedores de la red. Consulte las secciones [Autorización previa](#) y [Centros de excelencia](#) del capítulo [Plan de seguro médico](#) o comuníquese con el administrador correspondiente para obtener más información.

Prima: El monto que paga por los beneficios que elige, en general, y se deducen de cada cheque de pago.

Trabajo activo o activamente en el trabajo: A los efectos de la cobertura médica, odontológica, oftalmológica, Recursos para la vida (Resources for Living), por enfermedades críticas, por muerte accidental y desmembramiento, y contra accidentes, “trabajo activo” significa que usted se ha presentado a trabajar en Walmart.

En el caso de la cobertura del seguro de vida pagado por la compañía, del seguro de vida opcional para asociados, del seguro de vida opcional para dependientes, seguro de viaje durante viajes de negocios y todo tipo de cobertura por discapacidad, “trabajo activo” significa que usted está trabajando activamente para la compañía en uno de sus días programados y que está realizando todas las tareas regulares de su trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial (según su clasificación como asociado de tiempo completo o de tiempo parcial). Se considerará que está activamente en el trabajo un día que no sea alguno de sus días programados solo si estuvo activamente en el trabajo el día de trabajo programado anterior.

Walmart: Walmart Inc. y sus subsidiarias participantes.

Consulte para obtener mayor información

SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE...	SITIO WEB	TELÉFONO:
Cuándo reúne los requisitos para acceder a los beneficios o cómo inscribirse	One.Walmart.com/Benefits	Servicios al Personal: 800-421-1362
Beneficios y reclamos médicos o administración de atención	One.Walmart.com/Medical	Asesor de atención de la salud de Aetna (incluidos el plan local exclusivo, plan local del anuncio y plan local St. Luke): 855-548-2387 Asesor de atención de la salud de BlueAdvantage Administrators of Arkansas: 866-823-3790 Asesor de atención de la salud de UnitedHealthcare: 888-285-9255 HealthSCOPE Benefits (incluye todos los planes locales): 800-804-1272 Asistencia sanitaria telefónica extendida en MN, CO y WI: 877-385-8786
Cómo encontrar un médico en la mayoría de las áreas: Grand Rounds	Regístrese en: GrandRounds.com/Walmart Descargue la aplicación en App Store o Google Play Obtenga más información sobre un asistente personal de salud (NC, SC únicamente): GrandRounds.com/Walmart	Grand Rounds: 800-941-1384 Asistente personal de salud (NC, SC únicamente): 855-377-2200
Cómo encontrar un médico: Florida central, Dallas/Ft. Worth y noroeste de Arkansas, salvo el plan local de Mercy Arkansas	Guía del proveedor: One.Walmart.com/ProviderGuide	BlueAdvantage Administrators of Arkansas: 866-823-3790
Doctor On Demand	DoctorOnDemand.com/Walmart	800-997-6196
Centros de Excelencia	One.Walmart.com/COE	Servicios al Personal: 800-421-1362 o su asesor de atención de la salud (consulte lo mencionado anteriormente)
Programa Quit Tobacco	One.Walmart.com/QuitTobacco	Programa Kick Butts: 855-955-1905 Con ansias de dejar: 866-577-7169
Beneficios farmacéuticos	One.Walmart.com/Prescriptions	OptumRx: 844-705-7493
Cuenta de ahorro de salud (Health Savings Account, HSA)—Plan Saver	learn.healthequity.com/walmart/hsa	HealthEquity: 866-296-2860
Plan odontológico	One.Walmart.com/Dental	Delta Dental: 800-462-5410
Plan oftalmológico	One.Walmart.com/Vision	VSP: 866-240-8390

SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE...	SITIO WEB	TELÉFONO:
Recursos para la vida (Resources for Living)	One.Walmart.com/RFL	800 825 3555 , todos los días, las 24 horas
Seguro por accidentes y enfermedades graves	One.Walmart.com/Accident One.Walmart.com/Critical	Allstate Benefits: 800 514 9525
Seguro de vida, por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D), y seguro de viaje durante viajes de negocios	One.Walmart.com/Life One.Walmart.com/ADD	Prudential: 877 740 2116
Seguro por discapacidad de corto plazo	One.Walmart.com/ShortTermDisability	Sedgwick/Lincoln: 800-492-5678
Seguro por discapacidad de largo plazo	One.Walmart.com/LongTermDisability	Lincoln: 800-492-5678
Plan 401(k) de Walmart	One.Walmart.com/401k Benefits.ml.com	Bank of America Merrill Lynch: 888 968 4015
Plan de compra de acciones para asociados	One.Walmart.com/ASPP ComputerShare.com/Walmart	ComputerShare: 800-438-6278



Libro de beneficios para asociados 2020 | Descripciones resumidas del plan