



Manual de Beneficios del Asociado de 2025

Descripción Resumida del Plan para Asociados de Puerto Rico

Contenido

Plan Médico

Plan Dental

Seguros de vida y planes de incapacidad

Plan de Compra de Acciones para Asociados

Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

...¡y mucho más!

Efectivo el **1º de enero de 2025**

Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico efectivo el **1º de febrero de 2025**

Plan de Compra de Acciones para Asociados efectivo el **1º de abril de 2025**

Bienvenido a tu Manual de Beneficios del Asociado de 2025

En este manual encontrarás las Descripciones Resumidas del Plan para el Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el Plan) y el Plan 401k de Walmart Puerto Rico.

También encontrarás el prospecto del Plan de Compra de Acciones para Asociados.

Repasa el índice para ver la lista completa del contenido de este manual. Este es un gran recurso para ayudarte a entender tus beneficios.



Mucha información. Tan fácil de encontrar.

Cuando descargues el *Manual de Beneficios del Asociado de 2025* de One.Walmart.com, tendrás al alcance de tu mano las respuestas a tus preguntas sobre los beneficios.

Simplemente accede el PDF con Adobe Reader y en la barra de herramientas haz clic en "Editar". Luego haz clic en "Buscar" e ingresa la palabra o frase que describa lo que estás buscando, por ejemplo "copago". ¡Es fácil!

Índice

The Associates' Health and Welfare Plan

Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia	4	Seguro de vida patronal	86
El plan médico	44	Seguro de vida opcional para asociados	92
El plan dental	52	Seguro de vida opcional para dependientes	98
Recursos de asistencia a los asociados	58	Seguro por accidentes en viajes de negocios	104
COBRA	64	Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	110
Seguro por incapacidad a corto plazo	72	Reclamaciones y apelaciones	118
Incapacidad a largo plazo	78	Información legal	136

El Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	152
---------------------------------------	-----

El Plan de Compra de Acciones para Asociados	174
--	-----

Para más información	186
----------------------	-----

La información obtenida en comunicaciones con Walmart, Inc. o a cualquier proveedor de servicios del Plan, no descarta ninguna disposición o limitación del Plan. La información ofrecida o las declaraciones hechas en una llamada o en un correo electrónico, no garantizan el pago de beneficios. Además, las cotizaciones de beneficios hechas por teléfono se basan totalmente en la información provista en ese momento. Si se descubre información pertinente adicional, esta podría afectar el pago de tu reclamación. Todos los beneficios están sujetos a elegibilidad, pago de primas, limitaciones y todas las exclusiones esbozadas en los documentos pertinentes del Plan, incluidas las pólizas de seguro. Puedes solicitar una copia de los documentos que rigen a estos planes escribiendo a: Custodian of Records, Benefits Customer Service, 508 SW 8th Street, Bentonville, AR 727163500.

Atención asociados: Este manual contiene un resumen en español de los derechos y beneficios para todos los asociados bajo el plan de beneficios de Walmart. Si tienes dudas de cualquier parte de este manual, puedes escribir a la siguiente dirección: People Services, 508 SW 8th Street, Bentonville, Arkansas 72716 3500.

Para preguntas, también puedes llamar al 787-653-1065 o al 800-421-1362. Tenemos asociados disponibles que hablan español y pueden orientarte sobre tus beneficios de Walmart. El Manual de Beneficios para Asociados está disponible en inglés. Si deseas una copia en inglés, consulta con tu Representante de Recursos Humanos.

Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia

Plan de Salud y Bienestar para Asociados	6
Resumen del capítulo	6
Elegibilidad del asociado	7
Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales	9
Elegibilidad de dependientes	15
Documentación legal para la cubierta de dependientes	16
Dependientes que no son elegibles	17
Cuándo un dependiente deja de ser elegible	17
Cuándo inscribirte para recibir beneficios	17
Cuándo entra en vigor la cubierta	19
Si dejas la compañía y te recontratan	19
Fechas de vigencia de los beneficios del Plan	21
Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo	21
El pago de tus beneficios	25
Cómo mantener las primas al día	27
Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual	29
Si cambia la clasificación de tu puesto de trabajo	33
Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra	34
Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores	41
Cuándo termina la cubierta del Plan	43

Si tú (o tus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal les ofrece más opciones para la cubierta de medicamentos con receta. Consulta la página 145 del capítulo de [Información legal](#) para más detalles.

Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
<ul style="list-style-type: none"> Inscribirte en los beneficios de Walmart Notificar a tu representante de RH no más de 60 días después de un evento de cambio de selección 	Visita: One.Walmart.com/Enroll	Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065
Notificar a tu representante de RH si tienes preguntas sobre las deducciones de nómina para tus beneficios		Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065
Pagar las primas de los beneficios mientras estás de licencia		<p>Consulta la sección de Cómo mantener las primas al día en este capítulo para más detalles. Si debes pagar las primas para mantener al día tu cubierta, no hacerlo dará como resultado la cancelación de la cubierta. Puedes pagar con tarjeta de débito o crédito de Visa, MasterCard, American Express o Discover llamando al 800-421-1362.</p> <p>También puedes enviar un cheque o giro postal pagadero a “Associates Health and Welfare Trust” a:</p> <p>Walmart People Services P.O. Box 1039 Department 3001 Lowell, Arkansas 72745</p> <p>Para asegurar el registro del pago a tiempo, incluye tu número de WIN (ID de Walmart) y unidad de trabajo en el cheque.</p> <p>Si no puedes efectuar los pagos de tu prima, el Plan aceptará pagos de otra persona en tu nombre.</p>

Lo que debes saber sobre elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia

- La clasificación de tu puesto de trabajo determina los beneficios para los cuales te puedes inscribir y cuándo comienzas a ser elegible para inscripción. Cuando seas elegible por primera vez para inscribirte, tendrás un “periodo de inscripción inicial”. Las comunicaciones de inscripción te informarán cuándo termina tu periodo de inscripción inicial. Recuerda inscribirte antes de la fecha límite. Consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en este capítulo para los detalles.
- Si no te inscribes durante el periodo de inscripción inicial:
 - Seguro médico, dental, por incapacidad a largo plazo y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D):** no tendrás otra oportunidad para inscribirte hasta la Inscripción Anual o después de un evento de cambio de selección.
 - Beneficios de seguro de vida opcional:** tendrás que presentar una evidencia de buena salud para un seguro opcional para el asociado o cónyuge si te inscribes en una fecha posterior.
- El traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra podría afectar tu elegibilidad para beneficios, inclusive para cuáles beneficios eres elegible y cuándo. Consulta la sección de [Si cambia la clasificación de tu puesto de trabajo](#) en este capítulo para ver los detalles importantes.

Plan de Salud y Bienestar para Asociados

Walmart Inc. (Walmart) auspicia el Plan de Salud y Bienestar para Asociados (el Plan), un plan único y abarcador que ofrece beneficios de seguro médico y dental, recursos de asistencia, seguro por incapacidad, seguro de vida, seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro por muerte accidental y desmembramiento a los asociados elegibles y sus familiares elegibles. La elegibilidad para estos beneficios se describe en este capítulo y los términos y condiciones de los beneficios específicos se describen en los capítulos correspondientes de este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025. Serás inscrito automáticamente para ciertos beneficios del Plan en tu fecha de contratación o en una fecha posterior. Sin embargo, en el caso de otros beneficios, es necesario que te inscribas para que la cubierta entre en vigor. Consulta la sección de **Elegibilidad del asociado** en este capítulo para ver los detalles sobre tu elegibilidad, la sección de **Elegibilidad de dependientes** en este capítulo para información sobre la elegibilidad de tus dependientes, que incluye cuáles miembros de la familia pueden inscribirse en la cubierta, y la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** en este capítulo para ver los detalles sobre los periodos de inscripción inicial y cuándo entra en vigor la cubierta de todos los beneficios disponibles bajo el Plan.

La elegibilidad para beneficios y los términos y condiciones de cada beneficio se describen en el documento del Plan, las pólizas de seguro que rigen los beneficios asegurados y este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025. En la medida que cualquier información que recibas por medio de otras fuentes, ya sean verbales o escritas, inclusive cualquier material generado por AI o una respuesta de un administrador externo a una solicitud de información, difiera del documento del Plan, las pólizas de seguro pertinentes, o este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025, regirán los términos del documento del Plan, las pólizas de seguro pertinentes, o este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025. En el caso de un conflicto entre una póliza de seguro que rige los beneficios asegurados y el documento del Plan o este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025, regirán los términos de la póliza de seguro.

En el caso de un conflicto entre los términos del documento del Plan y este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para Puerto Rico, regirán los términos del documento del Plan. Si deseas revisar el documento del Plan, consulta el capítulo de **Información legal** de este *Manual de Beneficios del Asociado*, que trata sobre tu derecho a revisar el documento del Plan.

Si no estás de acuerdo con una decisión acerca de elegibilidad o inscripción o una decisión acerca de una reclamación de beneficios, el Plan tiene un proceso específico que debes seguir para apelar dicha decisión. Consulta el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones** para ver una descripción detallada del proceso de apelaciones. No seguir el proceso del Plan para reclamaciones y apelaciones podría afectar adversamente tu capacidad de disputar una decisión.

Resumen del capítulo

Este capítulo incluye mucha información útil que te será importante, no solo cuando seas elegible por primera vez para los beneficios, sino durante todo el tiempo que estés trabajando en Walmart. En algunos casos, la información presentada en este y otros capítulos del *Manual de Beneficios del Asociado* será relevante aun cuando ya no estés empleado por Walmart (por ej., si eliges la continuación de cubierta de COBRA). Incluye toda la información que necesitas sobre los beneficios para los que calificas, cuándo serás elegible, cuáles dependientes pueden ser cubiertos, cuándo puedes inscribirte en los beneficios o cambiarlos, cómo se pagan las primas, el impacto de ciertos eventos en tu elegibilidad para beneficios y cuándo termina la cubierta.



NOTA: Ten presente que los hechos de tu situación particular determinarán las repuestas a tus preguntas específicas y que se podría aplicar más de una regla en cualquier sección de este capítulo en particular. Para entender a cabalidad tus beneficios, es importante que revises el capítulo completo, en lugar de las secciones individuales solamente.

Según tu situación, es posible que tengas que hacer referencia a la información incluida en este capítulo en distintos momentos. El siguiente resumen te ayudará a enfocarte en la información que te sea más útil en un momento dado y a orientarte en la dirección correcta.

1	<p>CLASIFICACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO</p> <p>Tu clasificación en el sistema de nómina de Walmart tiene un impacto en tus beneficios. Consulta la página 7.</p>
2	<p>ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿A quién puedes incluir en la cubierta? Consulta la página 15. • ¿Para cuáles beneficios cualificas? Consulta la página 21. • ¿Cuándo debes inscribirte? Consulta la página 21. • ¿Cuándo entra en vigor la cubierta? Consulta la página 21.
3	<p>EL PAGO DE LOS BENEFICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo pagas los beneficios? Consulta la página 25. • ¿Cuándo es necesario que hagas arreglos especiales para pagar la cubierta? Consulta la página 27.
4	<p>EVENTOS QUE PUEDEN AFECTAR LA CUBIERTA</p> <p>¿Qué podría afectar tus beneficios?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si te vas de licencia: consulta la página 28. • Un evento de vida, como un cambio en tu estatus familiar: consulta la página 30. • Circunstancias especiales como una orden judicial o la elegibilidad para un periodo de inscripción especial: consulta la página 31.

Elegibilidad del asociado

Tu clasificación del puesto de trabajo en el sistema de nómina de Walmart determina los beneficios para los cuales cualificas. La fecha en que serás elegible para inscribirte en los beneficios depende de una serie de factores, entre ellos la fecha de contratación, el promedio de horas que trabajas por semana y si has sido trasladado de una clasificación del puesto de trabajo a otra. Si tu clasificación requiere que trabajes un número de horas promedio a la semana para cualificar, dicho promedio se indicará en las secciones que siguen. Las horas trabajadas se determinan retrospectivamente, según se describe en las secciones a continuación. Además, en el caso de algunos beneficios es posible que tengas que cumplir con un periodo

de espera de elegibilidad o presentar una Evidencia de Buena Salud antes de que puedan entrar en vigor los beneficios para los cuales te inscribes.

Esta sección trata los requisitos generales de elegibilidad correspondientes a clasificaciones específicas. Consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en este capítulo para ver una lista de los beneficios para los cuales cualificas según la clasificación de tu puesto de trabajo y cualquier periodo de espera o Evidencia de Buena Salud que pueda aplicar.



NOTA: Si te trasladas de una clasificación del puesto de trabajo a otra, dicho traslado podría afectar las reglas expuestas en este capítulo, por lo que debes revisar la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) más adelante en este capítulo.

La expectativa de Walmart es que proveas información correcta y precisa cuando solicites o te inscribas en los beneficios, incluidos los cambios que puedan afectar la elegibilidad tuya o de tus dependientes para los beneficios (por ejemplo, un divorcio). De no hacerlo, podrías estar sujeto a perder los beneficios, lo que incluye la cancelación retroactiva de la cubierta según permita la ley o la terminación de tu empleo. Además, algunas aseguradoras de beneficios asegurados podrían reservarse el derecho, hasta dos años después de que la cubierta entre en vigor, de reexaminar las declaraciones que hiciste durante el proceso de solicitud. Si se determina que se declararon incorrectamente los hechos materiales, esto podría afectar tu elegibilidad para el beneficio.

Para revisar la política de Walmart sobre la deshonestidad intencional, consulta el Código de Conducta en [One.Walmart.com](#). Consulta la sección de [Documentación legal para la cubierta de dependientes](#) más adelante en este capítulo para obtener información sobre los documentos que podrían pedirte para verificar la elegibilidad de tus dependientes.

CLASIFICACIONES DEL PUESTO DE TRABAJO PARA DETERMINAR LAS OPCIONES DE BENEFICIOS

- Asociados no exentos a tiempo completo
- Asociados no exentos a tiempo parcial y temporeros
- Asociados gerenciales o exentos

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO

A fin de ser elegible para inscribirte en los beneficios como asociado no exento a tiempo completo, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de Walmart como asociado no exento a tiempo completo. Esto incluye a los asociados no exentos a tiempo completo de la cadena de suministro y a los supervisores de campo no exentos a tiempo completo en las tiendas y clubes.

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL

A fin de ser elegible para inscribirte en los beneficios como asociado no exento a tiempo parcial, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de Walmart como asociado no exento a tiempo parcial, con las siguientes excepciones:

Además de estar clasificado en el sistema de nómina de Walmart como asociado no exento a tiempo parcial, a fin de ser elegible para los beneficios médicos o dentales es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 30 horas a la semana.

- Si te contrataron antes del 15 de enero de 2011, no es necesario que trabajes un mínimo de horas a la semana.
- Si te contrataron después del 15 de enero de 2011 y antes del 1 de febrero de 2012, es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 24 horas a la semana.
- Si te contrataron en o después del 1 de febrero de 2012, es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 30 horas a la semana.

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial, se revisará el número de horas trabajadas para determinar tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales. Para más detalles, consulta la sección de [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales](#) en este capítulo.

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS TEMPOREROS

A fin de ser elegible para beneficios como asociado temporero, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de Walmart como asociado temporero. Si estás clasificado como asociado temporero, estarás sujeto a las reglas de elegibilidad descritas en esta sección independientemente de si trabajas a tiempo completo o parcial o de si estás en un puesto exento o no exento.

Además de estar clasificado en el sistema de nómina de Walmart como asociado temporero, a fin de ser elegible para los beneficios médicos o dentales es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 30 horas a la semana, con las siguientes excepciones:

- Si te contrataron antes del 15 de enero de 2011, no es necesario que trabajes un mínimo de horas a la semana.

- Si te contrataron después del 15 de enero de 2011 y antes del 1 de febrero de 2012, es necesario que trabajes un promedio de, por lo menos, 24 horas a la semana.

Si eres un asociado temporero, se revisará el número de horas trabajadas para determinar tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales. Para más información, consulta la sección de [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales](#).

ELEGIBILIDAD DE ASOCIADOS GERENCIALES

A fin de ser elegible para inscribirte en los beneficios como asociado gerencial o exento, tienes que estar clasificado en el sistema de nómina de Walmart como asociado gerencial o asociado gerencial en adiestramiento.

PERSONAS QUE NO SON ELEGIBLES

No serás elegible para el Plan si caes en cualquiera de las categorías a continuación, aunque hayas sido reclasificado por un tribunal, por el IRS, por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico o por el Departamento del Trabajo de EE. UU. como empleado de hecho de Walmart o de cualquier subsidiaria participante:

- Un empleado subcontratado
- Un extranjero no residente (excepto que serán elegibles para fines del seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes, el seguro por muerte accidental e incapacidad y el seguro por accidentes en viajes de negocios; y los extranjeros no residentes cubiertos bajo una póliza de seguro específica para expatriados o nacionales de terceros país que son empleados de Walmart serán elegibles para los beneficios descritos en dichas pólizas, sujeto a los términos de las mismas)
- Un contratista independiente
- Un consultor
- Un asociado que reside fuera de Puerto Rico, excepto que aquellos asociados que están cubiertos bajo una póliza de seguro específica para expatriados, serán elegibles para los beneficios descritos en dichas pólizas, sujeto a los términos de estas.
- Una persona que no está clasificada como asociado de Walmart o sus subsidiarias participantes
- Un asociado que está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare (aplica solo a la elegibilidad para las opciones de los planes médico y dental) o
- Un asociado que participa en un convenio colectivo, en la medida que el convenio no disponga la participación en un beneficio ofrecido bajo este Plan.

Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales

NOTA: Las reglas presentadas a continuación podrían verse afectadas por el traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra o la terminación de empleo y recontractación para un trabajo de otra clasificación. Debes revisar la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) más adelante en este capítulo en los siguientes casos:

- Te trasladas de una clasificación del puesto de trabajo a otra, o
- Se da por terminado tu empleo siendo un asociado no exento a tiempo parcial y te recontratan a menos de 13 semanas después de la fecha de terminación en una clasificación del puesto de trabajo diferente, en cuyo caso serás tratado como si nunca se hubiese terminado tu empleo para fines de elegibilidad y fechas de vigencia.



Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, tu elegibilidad para inscripción en los beneficios médicos o dentales dependerá de las horas promedio trabajadas por semana. Las horas trabajadas se determinan retrospectivamente, según se describe en las secciones a continuación. En esta sección encontrarás las descripciones de dos tipos de verificaciones de elegibilidad llevadas a cabo para determinar la elegibilidad inicial y continua para los beneficios médicos, dentales y otros beneficios voluntarios en el caso de asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros.

- **A las 52 semanas de empleo:** Las horas trabajadas durante las primeras 52 semanas consecutivas de empleo se miden una vez al final de las 52 semanas para determinar la elegibilidad para los beneficios médicos y dentales. Consulta [Verificación de elegibilidad inicial a las 52 semanas de empleo](#) en esta sección.
- **Después de un año de empleo:** HLas horas trabajadas durante un periodo de 52 semanas se miden cada año para determinar la elegibilidad para beneficios médicos y dentales en el próximo año calendario. Consulta [Verificación anual de elegibilidad](#) in this section.

Para verificar tus horas en el periodo de medición actual, accede a la herramienta de elegibilidad según las horas (EBH) en One.Walmart.com/EBH.

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD INICIAL A LAS 52 SEMANAS DE EMPLEO

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero contratado antes del 15 de enero de 2011, no tienes que trabajar un mínimo de horas a la semana a fin de ser elegible para los beneficios médicos y dentales. Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero contratado en o después del 15 de enero de 2011, tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales se determina durante el "periodo de medición inicial", que son las 52 semanas completas y consecutivas a partir de tu fecha de contratación. Se medirán las horas trabajadas durante el periodo de medición inicial para determinar si has trabajado el número de horas requerido, expresado en un número promedio a la semana, a fin de ser elegible para los beneficios médicos y dentales. Consulta tu requisito de horas trabajadas a continuación.

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o temporero*	You must work this number of hours during your initial measurement period:
En o después de 15 de enero de 2011, y antes del 1 de febrero de 2012	Un promedio de 24 horas a la semana
En o después de 1 de febrero de 2012	Un promedio de 30 horas a la semana
*Los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros contratados antes del 1 de enero de 2011 no tienen que cumplir con un requisito de horas.	

Si trabajas el número de horas requerido durante tu periodo de medición inicial sin una interrupción de 13 semanas o más en el empleo, serás elegible para inscribirte en los beneficios médicos y dentales. Si eres elegible, tus beneficios entrarán en vigor el primer día del segundo mes calendario después del día anterior a tu aniversario de un año, suponiendo que te inscribas antes del final de tu periodo de inscripción inicial. También puedes cualificar para varios otros beneficios voluntarios independientemente de si cumpliste con el requisito de horas mínimas para cualificar para los beneficios médicos, sujeto a los términos aplicables del Plan. Consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) más adelante en este capítulo respecto a los otros beneficios para los que podrías cualificar.

EJEMPLO: Si tu fecha de contratación fue el 16 de abril de 2024, se contarán las horas que trabajas a partir de esa fecha hasta el 5 de abril de 2025 para determinar si has trabajado el número de horas requerido durante el periodo de inscripción inicial. Si trabajas el número de horas requerido durante este periodo de medición inicial sin una interrupción de 13 semanas o más en el empleo, serás elegible para inscribirte en los beneficios médicos y dentales. También serás elegible para inscribirte en otros beneficios voluntarios que están a disposición de los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros, sujeto a los términos aplicables del Plan.

En este ejemplo, todos los beneficios en los cuales te inscribes serían efectivos el 1 de junio de 2025, que es el primer día del segundo mes calendario después del día anterior a la fecha de tu aniversario de un año, el 15 de abril de 2025.

Si no trabajas el número de horas requerido durante el periodo de medición inicial para cualificar para los beneficios médicos y dentales, tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales se revisará de nuevo en la verificación de elegibilidad anual que sigue a tu periodo de medición inicial, según se describe en [Verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección. Si no habías trabajado el número de horas requerido al momento de la verificación única a las 52 semanas de empleo en el ejemplo de arriba, tu primera verificación de elegibilidad anual para los beneficios médicos sería en otoño de 2025 para la cubierta médica de 2026. Aún podrías cualificar para otros beneficios voluntarios que están a disposición de los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros, independientemente de si trabajas el número de horas requerido para cualificar para los beneficios médicos y dentales, sujeto a los términos aplicables del Plan. Consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en este capítulo respecto a los otros beneficios para los que podrías cualificar.

Si comienzas a ser elegible para beneficios como resultado de la verificación única a las 52 semanas de empleo, tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales continúa hasta el final de segundo año calendario después de la fecha en que cumples con los requisitos de verificación de elegibilidad, independientemente de si en efecto de inscribes en la cubierta médica o dental (tu “periodo de elegibilidad para cubierta médica/dental”), sujeto a los términos aplicables del Plan y suponiendo que sigas clasificado como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero en el sistema de nómina de Walmart. Por ejemplo, si cumpliste con los requisitos de verificación de elegibilidad el 15 de abril de 2025, el periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental continuará hasta el final de año calendario 2027. Tu elegibilidad para los otros beneficios voluntarios descritos en la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) más adelante en este capítulo continuará siempre que sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, sujeto a los términos aplicables del Plan. Sin embargo, si no te inscribes en los beneficios médicos y dentales antes del final de tu periodo de inscripción inicial, no podrás inscribirte en los beneficios médicos y dentales durante el resto de tu periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental excepto en el periodo de Inscripción Anual, o si experimentas un evento de cambio de selección según se describe en la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) más adelante en este capítulo. De igual forma, si no te inscribes en la mayoría de los beneficios voluntarios (excepto el seguro de vida opcional) durante el periodo de inscripción inicial, tampoco te permitirán

inscribirte excepto en el periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección. Una vez seas elegible para los beneficios voluntarios podrás inscribirte en el seguro de vida opcional en cualquier momento. Tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales no se volverá a verificar hasta la verificación anual que ocurre en el año final de tu periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental, según se describe en [Verificación anual de elegibilidad](#) en esta sección.

Si tomas tiempo libre durante el periodo de medición inicial

Si tomas algún tipo de tiempo libre sin paga durante el periodo de medición inicial, el número total de semanas de tiempo libre sin paga en el periodo de medición inicial seguirá utilizándose para determinar si has trabajado el número de horas requerido durante el periodo de medición inicial para ser elegible para los beneficios médicos y dentales (incluso cuando no trabajes ninguna hora durante una semana o más).

Sin embargo, si tu ausencia es una licencia aprobada registrada en el sistema de Walmart como licencia (que incluye el servicio de jurado, una licencia bajo la Ley de Licencia Médico Familiar de 1993 [FMLA] o una licencia militar), el número de semanas durante el periodo de medición inicial que estuviste en la licencia aprobada no contará hacia la medición de tus horas. La determinación de que si has cumplido o no con el número de horas requerido se basará en el número de semanas durante el periodo de medición inicial menos el número de semanas que estuviste en la licencia aprobada. Por ejemplo, si tomas dos semanas de licencia aprobada durante el periodo de medición de 52 semanas, se calcularán tus horas promedio trabajadas durante 50 semanas en lugar de 52.

Si te vas de Walmart y te recontratan

Para fines de la verificación de elegibilidad única a las 52 semanas de empleo, si tu empleo termina y regresas a la compañía como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero a menos de 13 semanas de tu fecha de terminación, tu elegibilidad para los beneficios médicos, dentales y otros al momento de recontratación se determinará conforme a las reglas presentadas en la tabla a continuación.

NOTA: Si eras un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero cuando se dio por terminado tu empleo, y te recontratan a menos de 13 semanas después de la fecha de terminación en una clasificación del puesto de trabajo diferente, para efectos de determinar elegibilidad y fechas de vigencia no serás tratado como si se hubiese terminado tu empleo, sino como si te hubieses trasladado de una clasificación del puesto de trabajo a otra. Consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) más adelante en este capítulo para información adicional, incluida la elegibilidad para beneficios.

SI:	Y TE RECONTRATAN A MENOS DE 13 SEMANAS DESPUÉS DE TU FECHA DE TERMINACIÓN:
<p>Tu empleo se dio por terminado durante el periodo de medición inicial</p>	<p>Te tratarán como si no te hubieras ido durante el resto del periodo de medición inicial. Todas las horas trabajadas durante el periodo de medición inicial se usarán para determinar tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales como resultado de la verificación de elegibilidad única.</p> <p>Por ejemplo, si tienes una interrupción en el empleo de cuatro semanas durante el periodo de medición de 52 semanas, se calcularán tus horas promedio durante las 48 semanas de empleo en lugar de 52. Si tomaste algún tiempo libre durante el periodo de medición inicial, consulta Si tomas tiempo libre durante el periodo de medición inicial en esta sección.</p>
<p>Tu empleo se dio por terminado durante el periodo de medición inicial y</p> <p>Eras elegible para los beneficios médicos y dentales pero fuiste recontratado después del final del periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental, o</p> <p>No eras elegible para los beneficios médicos y dentales cuando se dio por terminado tu empleo</p>	<p>Tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales y otros beneficios voluntarios se determinará según se describe en Verificación anual de elegibilidad en esta sección.</p>
<p>Tu empleo se dio por terminado después del periodo de medición inicial y</p> <p>Eras elegible para los beneficios médicos y dentales cuando se dio por terminado tu empleo y</p> <p>Te recontratan antes del final del periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental</p>	<p>Mantendrás tu estatus de elegibilidad previo para los beneficios médicos y dentales hasta el final de tu periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental. Tu elegibilidad para los otros beneficios voluntarios continuará siempre que sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, sujeto a los términos aplicables del Plan. Se restablecerá la cubierta que estaba en vigor (o la cubierta más similar ofrecida bajo el Plan) en tu fecha de terminación, con una interrupción en la cubierta durante el periodo de ausencia para el cual no se pagaron primas, sujeto a los siguientes términos:</p> <p>Si regresas en el término de 30 días a partir de la fecha de terminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con las excepciones indicadas a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si estabas inscrito en los beneficios médicos y dentales u otros beneficios voluntarios cuando se dio por terminado tu empleo, no podrás cambiar la cubierta restablecida (excepto la de seguro de vida opcional) hasta la próxima Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual en este capítulo. • Con la excepción de lo indicado a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si no estabas inscrito en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios en tu fecha de terminación, no puedes inscribirte en esos beneficios (excepto el seguro de vida opcional) cuando regreses, hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección. • Si das por terminado tu empleo en un año calendario después de que haya terminado el periodo de Inscripción Anual para el próximo año y regresas antes del 31 de diciembre del año en que se dio por terminado el empleo, se implementarán los cambios que hiciste durante la Inscripción Anual (o la cubierta que recibiste automáticamente porque no hiciste cambios durante la Inscripción Anual). • Si das por terminado tu empleo durante un año calendario y regresas a trabajar el próximo año calendario y caes en una de las categorías a continuación, puedes llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065 o a People Services al 800-421-1362 para inscribirte en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios en el término de 60 días después de regresar al trabajo: <ul style="list-style-type: none"> – No eras elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero eres elegible en el año que regresas al trabajo – Eras elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero no estabas inscrito – Eras elegible y te inscribiste en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo y quisieras añadir a un menor dependiente (si corresponde) en el año que regresas al trabajo <p>Si regresas 30 días después pero menos de 13 semanas a partir de la fecha de terminación, tendrás 60 días después de regresar al empleo para darte de baja o cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente, sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables. Después de este periodo de 60 días y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, no podrás cambiar tus elecciones de beneficios (excepto la de seguro de vida opcional) hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual en este capítulo.</p>
<p>Consulta la sección de Si te vas de compañía y te recontratan en el capítulo de El plan médico para obtener información sobre el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad del programa de formación de familias de los Centros de Excelencia si das por terminado tu empleo y luego regresas al trabajo.</p>	

Si das por terminado tu empleo y te recontratan a 13 semanas o más de la fecha de terminación, independientemente de la clasificación del puesto de trabajo, serás tratado como un nuevo asociado, sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables.

VERIFICACIÓN ANUAL DE ELEGIBILIDAD

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero y has estado empleado por más de 52 semanas consecutivas sin una interrupción de 13 semanas o más en el empleo, se verificarán tus horas anualmente para determinar si has trabajado el número de horas requerido, expresado en un número promedio a la semana, a fin de ser elegible para los beneficios médicos y dentales en el próximo año calendario. El periodo de medición para la verificación anual descrita en esta sección será un periodo de 52 semanas que precede a una fecha designada anualmente a principios de octubre y se conoce como el “periodo de medición anual”. Estarás sujeto a la verificación de elegibilidad anual cada año a fin de determinar si eres elegible para los beneficios médicos y dentales en el próximo año calendario, siempre y cuando sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero. Consulta tu requisito de horas trabajadas en la próxima página.

Si eras elegible para los beneficios médicos y dentales como resultado de la verificación de elegibilidad inicial antes descrita, tu primera verificación anual será la verificación anual que ocurre en el año en que termina tu periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental (según se describe arriba).

Si eras un asociado no exento a tiempo completo o un asociado gerencial que se trasladó a un puesto de asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, tu primera verificación de elegibilidad anual será la primera que ocurra después del traslado.

Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o temporero* en el sistema de Walmart y fuiste contratado:	Es necesario que trabajes el siguiente número de horas durante tu periodo de medición inicial:
En o después del 15 de enero de 2011 y antes del 1 de febrero de 2012	Un promedio de 24 horas a la semana
En o después del 1 de febrero de 2012	Un promedio de 30 horas a la semana
*Los asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros contratados antes del 1 de enero de 2011 no tienen que cumplir con un requisito de horas.	

Si trabajas el número de horas requerido durante tu periodo de medición anual sin una interrupción de 13 semanas o más en el empleo, serás elegible para inscribirte en los beneficios médicos y dentales durante la Inscripción Anual. De ser elegible, tus beneficios entrarán en vigor el 1 de enero del siguiente año calendario.

Si comienzas a ser elegible para beneficios como resultado de la verificación de elegibilidad anual, tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales continúa hasta el 31 de diciembre del año de vigencia, independientemente de si en efecto te inscribes en los beneficios médicos, sujeto a los términos aplicables del Plan y suponiendo que sigas clasificado como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero. Sin embargo, si no te inscribes en los beneficios médicos durante la Inscripción Anual, no podrás inscribirte en los beneficios médicos durante el próximo año calendario a menos que experimentes un evento de cambio de selección según se describe en la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) más adelante en este capítulo. Tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales no se volverá a verificar hasta la próxima verificación de elegibilidad anual, siempre que sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero.

Si no trabajas el número de horas requerido durante el periodo de medición anual para cualificar para los beneficios médicos y dentales, tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales no se verificará de nuevo hasta la próxima verificación de elegibilidad anual, siempre que sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero.

Si estás inscrito en los beneficios médicos o dentales durante el año calendario en curso pero no trabajaste el número de horas requerido para cualificar para los beneficios médicos el próximo año calendario, no serás elegible para los beneficios médicos el año siguiente a menos que cambie la clasificación de tu puesto y cumplas los requisitos de elegibilidad según la nueva clasificación. No obstante, tendrás la opción, según la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria (Ley COBRA), de continuar con tu cubierta médica cuando termine el año calendario en curso. (Consulta el capítulo sobre [COBRA](#) para más información.)

También podrías cualificar para otros beneficios voluntarios, independientemente de si cumpliste con el requisito de horas mínimas para cualificar para los beneficios médicos y dentales, sujeto a los términos aplicables del Plan. Consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) respecto a los otros beneficios para los que podrías cualificar.

Si tomas tiempo libre durante el periodo de medición anual

Si tomas algún tipo de tiempo libre sin paga durante el periodo de medición anual, seguirá utilizándose el número total de semanas de tiempo libre sin paga en el periodo de medición anual para determinar si has trabajado el número de horas requerido durante el periodo de medición anual para ser elegible para los beneficios médicos y dentales (incluso cuando no trabajes ninguna hora durante una semana o más).

Si tu ausencia es una licencia aprobada registrada en el sistema de Walmart como licencia (incluido el servicio de jurado, una licencia bajo la Ley de Licencia Médico Familiar de 1993 [FMLA] o una licencia militar), el número de semanas

durante el periodo de medición anual que estuviste en la licencia aprobada no contará hacia la medición de tus horas. La determinación de que si has cumplido o no con el número de horas requerido se basará en el número de semanas durante el periodo de medición anual menos el número de semanas que estuviste en la licencia aprobada. Por ejemplo, si tomas dos semanas de licencia aprobada durante el periodo de medición anual, se calcularán tus horas promedio trabajadas durante 50 semanas en lugar de 52.

Si te vas de Walmart y te recontratan

Para fines de la verificación de elegibilidad anual, si das por terminado tu empleo como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero y te recontratan como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero a menos de 13 semanas de la fecha de terminación, serás tratado como si no te hubieses ido. Todas las horas trabajadas durante el periodo de

medición anual se usarán para determinar tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales el próximo año. Tu elegibilidad para los beneficios médicos, dentales y otros beneficios voluntarios cuando te recontraten a menos de 13 semanas después de la fecha de terminación se determinará conforme a las reglas incluidas en la tabla de la siguiente página.

NOTA: Si eras un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero cuando se dio por terminado tu empleo, y te recontratan a menos de 13 semanas después de la fecha de terminación en una clasificación del puesto de trabajo diferente, para efectos de determinar elegibilidad y fechas de vigencia no serás tratado como si se hubiese terminado tu empleo, sino como si te hubieses traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra. Consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) más adelante en este capítulo para información adicional, incluida la elegibilidad para beneficios.

SI:	Y TE RECONTRATAN A MENOS DE 13 SEMANAS DESPUÉS DE TU FECHA DE TERMINACIÓN:
<p>No eres elegible para los beneficios médicos y dentales en el año que te recontratan pero eres elegible para otros beneficios voluntarios</p>	<p>No se volverá a medir tu elegibilidad para los beneficios médicos y dentales hasta la próxima verificación de elegibilidad anual.</p> <p>Mantendrás tu estatus de elegibilidad previo para fines de los beneficios voluntarios (no médicos/dentales) siempre que sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, sujeto a los términos aplicables del Plan. Se restablecerá la cubierta que estaba en vigor (o la cubierta más similar ofrecida bajo el Plan) en tu fecha de terminación, con una interrupción en la cubierta durante el periodo de ausencia para la cual no se pagaron primas, sujeto a los siguientes términos:</p> <p>Si regresas en el término de 30 días a partir de la fecha de terminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con la excepción de lo indicado a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si estabas inscrito en los beneficios voluntarios (no médicos/dentales) cuando se dio por terminado tu empleo, no podrás cambiar la cubierta restablecida (excepto la de seguro de vida opcional) hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo. • Con la excepción de lo indicado a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si no estabas inscrito en los beneficios voluntarios (no médicos/dentales) en la fecha de terminación, no puedes inscribirte en esos beneficios (excepto el seguro de vida opcional) cuando regreses, hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección. • Si das por terminado tu empleo en un año calendario después de que haya terminado el periodo de Inscripción Anual para el próximo año y regresas antes del 31 de diciembre del año en que se dio por terminado tu empleo, se implementarán los cambios que hiciste durante la Inscripción Anual (o la cubierta que recibiste automáticamente porque no hiciste cambios durante la Inscripción Anual). • Si das por terminado tu empleo durante un año calendario y regresas a trabajar el próximo año calendario y caes en una de las categorías a continuación, puedes llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065 o a People Services al 800-421-1362 para inscribirte los beneficios voluntarios (no médicos/dentales) en el término de 60 días después de regresar al trabajo: <ul style="list-style-type: none"> – No eres elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero eres elegible en el año que regresas al trabajo – Eras elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero no estabas inscrito – Eras elegible y te inscribiste en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo y quisieras añadir a un menor dependiente (si corresponde) en el año en que regresas al trabajo <p>Si regresas 30 días después pero menos de 13 semanas después de la fecha de terminación, sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, tendrás 60 días después de regresar al empleo para darte de baja o cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente. Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, no podrás cambiar tus elecciones de beneficios (excepto la de seguro de vida opcional) hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.</p>

(Continúa en la próxima página)

SI:	Y TE RECONTRATAN A MENOS DE 13 SEMANAS DESPUÉS DE TU FECHA DE TERMINACIÓN: (CONTINUACIÓN)
<p>Eres elegible para los beneficios médicos y otros beneficios voluntarios en el año en que te reconstratan</p>	<p>Mantendrás tu estatus de elegibilidad previo para los beneficios médicos y dentales hasta el final de tu periodo de elegibilidad para la cubierta médica/dental. Tu elegibilidad para los otros beneficios voluntarios continuará siempre que sigas siendo un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, sujeto a los términos aplicables del Plan. Se restablecerá la cubierta que estaba en vigor (o la cubierta más similar ofrecida bajo el Plan) en tu fecha de terminación, con una interrupción en la cubierta durante el periodo de ausencia para la cual no se pagaron primas, sujeto a los siguientes términos:</p> <p>Si regresas en el término de 30 días a partir de la fecha de terminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con las excepciones indicadas a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si estabas inscrito en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios cuando se dio por terminado tu empleo, no podrás cambiar la cubierta restablecida (excepto la de seguro de vida opcional) hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual en este capítulo. • Con la excepción de lo indicado a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si no estabas inscrito en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios en tu fecha de terminación, no podrás inscribirte en esos beneficios (excepto el seguro de vida opcional) cuando regreses, hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección. • Si das por terminado tu empleo en un año calendario después de que haya terminado el periodo de Inscripción Anual para el próximo año y regresas antes del 31 de diciembre del año en que se dio por terminado tu empleo, se implementarán los cambios que hiciste durante la Inscripción Anual (o la cubierta que recibiste automáticamente porque no hiciste cambios durante la Inscripción Anual). <ul style="list-style-type: none"> - Si das por terminado tu empleo durante un año calendario y regresas a trabajar el próximo año calendario y caes en una de las categorías a continuación, puedes llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065 o a People Services al 800-421-1362 para inscribirte en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios en el término de 60 días después de regresar al trabajo: - No eras elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero eres elegible en el año que regresas al trabajo - Eras elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero no estabas inscrito - Eras elegible y te inscribiste en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo y quisieras añadir a un menor dependiente (si corresponde) en el año que regresas al trabajo <p>Si regresas 30 días después pero menos de 13 semanas después de la fecha de terminación, sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, tendrás 60 días después de regresar al empleo para darte de baja o cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente. Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, no podrás cambiar tus elecciones de beneficios (excepto la de seguro de vida opcional) hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.</p>
<p>Consulta la sección de Si te vas de Walmart y te reconstratan en el capítulo de El plan médico para obtener información sobre el beneficio de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad del programa de formación de familias de los Centros de Excelencia si das por terminado tu empleo y luego regresas al trabajo.</p>	

Si das por terminado tu empleo y te reconstratan a 13 semanas o más de la fecha de terminación, independientemente de la clasificación del puesto de trabajo, serás tratado como un nuevo asociado, sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables.

Si tienes preguntas sobre el cálculo de horas para las verificaciones de elegibilidad, llama a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** o a People Services al **800-421-1362**.

Elegibilidad de dependientes

Si eres un asociado gerencial o asociado no exento a tiempo completo y eres elegible para los beneficios del Plan, también puedes inscribir a todos los dependientes elegibles, según se definen a continuación. Para fines del *Manual de Beneficios del Asociado*, el término “dependiente” incluye tu cónyuge/pareja. Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, no podrás inscribir a tus dependientes.

CLASIFICACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO	DEPENDIENTES ELEGIBLES (SEGÚN SE DEFINEN A CONTINUACIÓN)
<ul style="list-style-type: none"> Gerencial No exento a tiempo completo 	<p>Puedes elegir que se cubra tu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cónyuge/pareja Hijos dependientes
<ul style="list-style-type: none"> No exento a tiempo parcial Temporero 	<p>No puedes inscribir a tus dependientes</p>

DEFINICIONES: DEPENDIENTES ELEGIBLES*

Los asociados no exentos a tiempo parcial y los asociados temporeros no pueden inscribir a sus dependientes.

Los dependientes que no aparecen en esta tabla no son elegibles.

CÓNYUGE/PAREJA	<ul style="list-style-type: none"> Tu cónyuge, siempre y cuando no estén legalmente separados Tu pareja de hecho (o “pareja”), siempre y cuando tú y tu pareja de hecho: <ul style="list-style-type: none"> Estén en una relación exclusiva y comprometida similar a la de un matrimonio y hayan estado en dicha relación por un mínimo de 12 meses No estén casados entre sí ni con ninguna otra persona Cumplan con la edad mínima para el matrimonio en el estado en que residen y cuenten con la competencia mental para participar en un contrato No estén emparentados de manera que prohibiría un matrimonio legal en el estado en que residen y No estén en la relación únicamente para fines de recibir los beneficios. Cualquier otra persona con la cual estés unido(a) en una relación legal reconocida que ofrezca algunos o todos los derechos del matrimonio en el estado o país en el cual fue creada la relación (también denominado “pareja”)
HIJOS DEPENDIENTES	<ul style="list-style-type: none"> Con la excepción de lo indicado a continuación, tus hijos dependientes hasta el final del mes en que cumplan los 26 años. Tus hijos dependientes son: <ul style="list-style-type: none"> Tus hijos biológicos Tus hijos adoptados o colocados en tu hogar para adopción Tus hijastros o hijos de tu pareja elegible; no obstante: <ul style="list-style-type: none"> La elegibilidad terminará si ocurre un divorcio o un cambio en el estatus de pareja, incluso cuando el(la) hijo(a) sea menor de 26 años La elegibilidad terminará si fallece tu cónyuge o pareja, incluso cuando el(la) hijo(a) sea menor de 18 años o La elegibilidad continuará hasta la edad de 26 años en el caso de fallecer tu cónyuge o pareja si, al momento de la muerte: i) el(la) hijo(a) ha cumplido los 18 años y ii) el(la) hijo(a) está inscrito(a) en el Plan. Tus hijos de crianza Una persona que esté bajo tu custodia o tutoría legal, siempre y cuando resida contigo como miembro del núcleo familiar y que proveas más de la mitad de su sustento.

*Incluso cuando el dependiente cae de otra forma en una categoría de esta tabla, podría haber casos en los que dicho dependiente no sea elegible para la cubierta por otras razones. Consulta la sección titulada **Dependientes que no son elegibles** más adelante en este capítulo.

Si una persona es tu dependiente elegible y deja de cumplir con la definición de dependiente elegible, dicha persona ya no será elegible para la cubierta del Plan y es necesario que informes el cambio de estatus. Consulta la sección de **Cuándo un dependiente deja de ser elegible** más adelante en este capítulo para los detalles. De no informar el cambio, podrías estar sujeto a perder los beneficios o el empleo.

Si una orden del tribunal dispone que pagues la cubierta médica o dental de tu hijo(a), esta persona deberá ser un dependiente elegible según se definió arriba. Para obtener información adicional sobre cómo el Plan maneja una Orden de Manutención Médica Calificada de Menores, consulta la sección de **Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores** más adelante en este capítulo.

SI TU HIJO(A) TIENE MÁS DE 26 AÑOS Y NO PUEDE MANTENERSE A SÍ MISMO(A)

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

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

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

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

Documentación legal para la cubierta de dependientes

El Plan se reserva el derecho de llevar a cabo una auditoría de verificación de elegibilidad de dependientes. Es posible que tengas que presentar documentación legal para probar la elegibilidad de tu dependiente. Es responsabilidad del asociado presentar la documentación escrita según lo solicita el Plan. Si no provees la documentación necesaria a tiempo, el Plan tiene derecho a cancelar la cubierta de tu dependiente. Es responsabilidad del asociado notificar oportunamente al Plan de cualquier cambio en la elegibilidad de sus dependientes.

A continuación algunos ejemplos de documentación válida:

Cónyuge: Copia del certificado de matrimonio o registro de matrimonio informal en el condado o estado. Si el matrimonio no ocurrió durante el año calendario en curso, también se requiere una planilla de declaración de impuestos radicada en conjunto, o una copia de ambas planillas si radicaron por separado.

Pareja de hecho: Copia de una declaración jurada (firmada por ti y tu pareja) o registro de unión civil o pareja de hecho y uno de los documentos siguientes como prueba de la relación:

- Prueba de residencia compartida por medio de un estado de cuenta de hipoteca conjunta o contrato de alquiler conjunto
- Título o registro de automóvil que muestre titularidad conjunta
- Estado de cuenta conjunta corriente, bancaria o de inversiones*
- Estado de cuenta de crédito conjunta*
- Factura de cuenta conjunta de servicios públicos*
- Testamento o póliza de seguro que designa a la otra persona como beneficiario primario

*Estos documentos deben estar fechados en el término de 60 días a partir de la solicitud de documentación.

Hijo(a): Copia de los documentos que siguen, según corresponda:

- **Hijo(a) biológico(a) o legalmente adoptado(a):** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado que indica el nombre del asociado o la orden firmada del tribunal.
- **Hijastro(a):** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado que indica el nombre de los padres y una copia del certificado de matrimonio. Si el matrimonio no ocurrió durante el año calendario en curso, también se requiere una planilla de declaración de impuestos radicada en conjunto, o una copia de ambas planillas si radicaron por separado.
- **Hijo(a) de tu pareja de hecho:** Certificado de nacimiento emitido por el estado o el condado y evidencia de relación de hecho/pareja establecida.
- **Hijo(a) de crianza:** Carta firmada de un funcionario de servicios sociales que confirme que el menor ha sido colocado bajo tu custodia.
- **Hijo(a) que está bajo tu custodia legal:** Orden firmada del tribunal.
- **Hijo(a) que un tribunal o una agencia te exige cubrir:** Orden de Manutención Médica Calificada de Menores firmada. Consulta **Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores** más adelante en este capítulo.
- **Hijo(a) mayor de 26 años que no puede mantenerse a sí mismo(a)** Evidencia medica de la incapacidad continua.

NOTA: En algunos casos es posible que también se requiera una declaración jurada.

Dependientes que no son elegibles

Tu dependiente no es elegible para la cubierta del Plan si él o ella:

- Reside fuera de Puerto Rico (no aplica a seguro de vida opcional para dependientes o ni el AD&D, y no aplica si el dependiente está estudiando a tiempo completo en una universidad fuera de Puerto Rico)
- Está cubierto(a) por un plan para expatriados
- No es un dependiente elegible según se define en [Elegibilidad de dependientes](#) anteriormente en ese capítulo.
- Es un asociado de Walmart que ya está inscrito en la cubierta del Plan (no aplica a seguro de vida opcional para dependientes no el AD&D)
- Es un dependiente de otro asociado de Walmart que ya está inscrito en la cubierta del Plan (no aplica a seguro de vida opcional para dependientes ni el AD&D)
- Está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare (solo aplica a la elegibilidad para opciones del Plan Médico para Asociados [PMA] y el beneficio de farmacia).
- Está en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país (aplica solo al seguro de vida opcional o el seguro por muerte accidental y desmembramiento).

Cuándo un dependiente deja de ser elegible

Si tu dependiente está inscrito en la cubierta del Plan y pierde su elegibilidad, es necesario que notifiques a tu Representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR llamando al **787-653-1065** no más de 60 días a partir de la fecha en la que el dependiente deja de ser elegible. Si el dependiente está inscrito en la cubierta médica o dental y notificas a tu Representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR dentro de este periodo de tiempo, el Plan enviará un aviso de selección que te permitirá elegir la continuación de cubierta conforme a la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1990 (Ley COBRA). Para recibir la continuación de cubierta de COBRA, deberás elegir dicha cubierta a través del administrador de COBRA en el plazo de 60 días a partir de la fecha en que tu dependiente pierde la cubierta, o, de ser después, la fecha del aviso de selección. Consulta el capítulo sobre [COBRA](#) para obtener información adicional.

La falta de notificación a tu Representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR llamando

al **787-653-1065** cuando un dependiente deja de ser elegible para la cubierta podría considerarse una tergiversación de los hechos materiales, lo que podría conllevar la cancelación de la cubierta. Si tu dependiente deja de ser elegible para la cubierta y no notificas al Plan llamando al Representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR, podrías ser responsable de cualquier cargo pagado por error por el Plan después de la fecha en que tu dependiente dejó de ser elegible.

Cuándo inscribirte para recibir beneficios

NOTA: A menos que estés clasificado como asociado gerencial, es necesario que te inscribas antes de la fecha de vigencia. Consulta [Cuándo entra en vigor la cubierta](#) en la página siguiente y la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) más adelante en este capítulo para ver los detalles.

Debes inscribirte para los beneficios durante tu “periodo de inscripción inicial”. Tu “periodo de inscripción inicial” es la primera vez que eres elegible para inscripción. Las fechas del periodo de inscripción inicial varían según la clasificación del puesto de trabajo y podrían cambiar si tu clasificación cambia, siempre y cuando ya no hayas tenido un “periodo de inscripción inicial” mientras estabas en el puesto del cual te trasladas. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) más adelante en este capítulo y la tabla que corresponde a la clasificación de tu puesto de trabajo. Si no te inscribes durante tu periodo inicial de inscripción, no serás elegible para los beneficios indicados a continuación hasta el próximo periodo de Inscripción Anual, a menos que ocurra un evento de cambio de selección según se describe en la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en ese capítulo:

- Seguro médico (sujeto a las verificaciones de elegibilidad descritas en la sección anterior de este capítulo titulad [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales](#))
- Seguro dental (sujeto a las verificaciones de elegibilidad descritas en la sección anterior de este capítulo titulada [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales](#))
- Incapacidad a largo plazo (consulta la excepción importante respecto a la “inscripción tardía” en esta página)
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Puedes añadir o darte de baja del seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes (o añadir cubierta) en cualquier momento cuando seas elegible. Consulta la información importante respecto a la “inscripción tardía” a continuación.

Inscripción tardía. Si no te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para dependientes durante tu periodo de inscripción inicial y luego eliges cubierta en una fecha posterior, según lo permita el Plan, esto se considerará una “inscripción tardía” y también estarás sujeto a los requisitos de Evidencia de Buena Salud antes de que la cubierta pueda ser aprobada y vigente. Si te inscribes en el seguro de vida opcional para asociados o el seguro de vida opcional para cónyuges/parejas dependientes durante tu periodo de inscripción inicial por una cantidad mayor o igual a la cantidad garantizada y luego aumentas la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja, si es elegible, en una fecha posterior, también estarás sujeto a los requisitos de Evidencia de Buena Salud. No se requiere presentar una evidencia de buena salud en el caso de seguro de vida opcional para hijos dependientes, sin importar cuándo te inscribas. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) más adelante en este capítulo y la tabla que corresponde a la clasificación de tu puesto de trabajo.

CÓMO ESCOGER UN NIVEL DE CUBIERTA

Si inscribes a tus dependientes elegibles en el Plan, tendrán la misma cubierta que escoges para ti (es decir, serán inscritos en tu misma opción de plan médico). Puedes cambiar la cubierta durante el periodo de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección. Consulta la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) más adelante en este capítulo.

CONFIRMACIÓN DE TU INSCRIPCIÓN

Una vez te hayas inscrito en la cubierta, puedes ver tu informe de confirmación en One.Walmart.com/Enroll. El informe de confirmación estará disponible en cuanto sea administrativamente posible, por lo general en un día o dos. No dejes de verificar el informe de confirmación en cuanto esté accesible. También debes verificar el talonario o recibo de nómina del primer periodo de nómina después de entrar en vigor tu selección para confirmar que se están deduciendo las primas correctamente.

NOTA: Se recomienda guardar una copia del informe de confirmación con tus documentos importantes para referencia futura.

Si ves un error en el informe de confirmación o el talonario de nómina respecto a los beneficios para los cuales te inscribiste, debes comunicarte de inmediato con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**. La División de Beneficios de la Oficina Central de PR solo puede corregir errores internos del sistema respecto a las elecciones de inscripción y eliminar a los dependientes no elegibles de la cubierta.

Los errores del sistema relacionados con la inscripción solo pueden ser corregidos durante el año del Plan en el que estaba vigente la selección de inscripción. Un dependiente elegible solo puede ser eliminado de la cubierta retrospectivamente al año del Plan anterior a la fecha en la cual se solicita la corrección.

Si el Administrador del Plan determina que no hubo un error o si solicitas la corrección de un error fuera de los periodos de tiempo antes indicados, puedes apelar dicha determinación siguiendo el proceso descrito en la sección de [Cómo apelar una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad](#) del capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#) de este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para Puerto Rico.

Consulta la sección de [Cómo se pagan las primas](#) más adelante en este capítulo para ver los detalles de cómo se manejan los errores en las deducciones de las primas.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

Cuando te inscribas en cualquiera de las opciones de cubierta médica disponibles en el Plan Médico para Asociados (PMA) recibirás una tarjeta de identificación (ID) enviada a tu dirección residencial. Las tarjetas de identificación para los dependientes cuya dirección es diferente a la del asociado se envían directamente a la dirección del dependiente. Tu tarjeta de ID del plan médico también servirá como tarjeta de ID de farmacia.

Si te inscribes en el Plan Dental para Asociados (el “plan dental”) recibirás una tarjeta de ID del plan dental por separado en tu dirección residencial.

Puedes actualizar tu dirección o la de tus dependientes menores de 21 años contactando a tu representante de RH. Si tu dependiente tiene 21 años o más, debe llamar a tu Representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para actualizar su dirección. Te recordamos que los asociados deben actualizar sus direcciones a través de Workday.

Cuándo entra en vigor la cubierta

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

“TRABAJO ACTIVO” O “ACTIVO EN EL TRABAJO”

Seguro médico, dental, seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y recursos de asistencia a los asociados: Siempre y cuando estés inscrito y las primas correspondientes estén al día, la cubierta entrará en vigor incluso cuando no estés trabajando (por ejemplo, debido a una enfermedad) el día en que hubiese entrado en vigor, si te has reportado para tu primer día de trabajo en Walmart. No se requiere inscripción ni primas para los recursos de asistencia para asociados.

Seguro por accidentes en viajes de negocios, seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y dependientes y todo tipo de cubiertas por incapacidad:

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

REINSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Si actualmente estás inscrito en los beneficios y eres elegible para esos mismos beneficios en el próximo año calendario, pero no efectúas una selección afirmativa con relación a esos beneficios durante la Inscripción Anual, tú y cualquier otro dependiente cubierto serán reinscritos automáticamente en las opciones de cubierta más parecidas a las que tienen en la actualidad. Consulta los materiales de Inscripción Anual provistos y publicados en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com) para más información. Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para más detalles.

Si no te inscribes de forma afirmativa durante el periodo de Inscripción Anual y te reinscriben automáticamente como se menciona arriba, solo podrás cambiar esa cubierta durante una Inscripción Anual, a menos que ocurra un evento de cambio de selección.

Si no efectúas una selección afirmativa durante la Inscripción Anual, se considerará que has aceptado la reinscripción automática y se harán los ajustes correspondientes a las deducciones de nómina.

Si dejas la compañía y te reconstratan

NOTA: Si se da por terminado tu empleo cuando estabas en una clasificación del puesto de trabajo y te reconstratan a menos de 13 semanas después de la fecha de terminación en una clasificación del puesto de trabajo diferente, para efectos de determinar elegibilidad y fechas de vigencia no serás tratado como si se hubiese terminado tu empleo, sino como si te hubieses traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra. Debes revisar la sección de **Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra** más adelante en este capítulo para información adicional, incluida la elegibilidad para beneficios.

Si das por terminado tu empleo como asociado no exento a tiempo completo antes de cumplir con los requisitos de elegibilidad correspondientes y regresas a Walmart como asociado no exento a tiempo completo a menos de 13 semanas después de la fecha de terminación, para fines de determinar elegibilidad y fechas de vigencia serás tratado como si nunca te hubieses ido.

Por ejemplo, si te contratan el 1 de enero y das por terminado el empleo el 5 de febrero, y te reconstratan el 10 de marzo, tu elegibilidad se determinará como si nunca te hubieses ido. De haber permanecido empleado, hubieses sido elegible para los beneficios el 1 de marzo, ya que ese hubiese sido el primer día del mes en que cumplías 89 días de empleo. Si te reconstratan el 10 de marzo, serás elegible para los beneficios inmediatamente porque tu fecha de vigencia hubiese sido el 1 de marzo.

ASOCIADOS GERENCIALES Y ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO

Si das por terminado tu empleo (independientemente de si eras un asociado gerencial o un asociado no exento a tiempo completo) después de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables, y regresas a Walmart a un puesto de la misma clasificación de cuando te fuiste, tu elegibilidad para los beneficios se determinará conforme a las reglas presentadas en la tabla a continuación:

SI	
Te recontratan a menos de 13 semanas después de tu fecha de terminación	<p>Mantendrás tu estatus de elegibilidad previo para fines de los beneficios médicos, dentales y otros beneficios voluntarios siempre que sigas siendo un asociado gerencial o un asociado no exento a tiempo completo, sujeto a los términos aplicables del Plan. Se restablecerá la cubierta que estaba en vigor (o la cubierta más similar ofrecida bajo el Plan) en tu fecha de terminación, con una interrupción en la cubierta durante el periodo de ausencia para el cual no se pagaron primas, sujeto a los siguientes términos:</p> <p>Si regresas en el término de 30 días a partir de la fecha de terminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con las excepciones indicadas a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si estabas inscrito en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios cuando se dio por terminado tu empleo, no podrás cambiar la cubierta restablecida (excepto la de seguro de vida opcional) hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual en este capítulo. • Con la excepción de lo indicado a continuación y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, si no estabas inscrito en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios en tu fecha de terminación, no podrás inscribirte en esos beneficios (excepto el seguro de vida opcional) cuando regreses, hasta la próxima Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección. • Si das por terminado tu empleo en un año calendario después de que haya terminado el periodo de Inscripción Anual para el próximo año y regresas antes del 31 de diciembre del año en que se dio por terminado tu empleo, se implementarán los cambios que hiciste durante la Inscripción Anual (o la cubierta que recibiste automáticamente porque no hiciste cambios durante la Inscripción Anual). • Si das por terminado tu empleo durante un año calendario y regresas a trabajar el próximo año calendario, caes en una de las categorías a continuación, y =puedes llamar a tu representante de RH, a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065 o a People Services al 800-421-1362 para inscribirte en los beneficios médicos, dentales u otros beneficios voluntarios en el término de 60 días después de regresar al trabajo: <ul style="list-style-type: none"> – No eras elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero eres elegible en el año que regresas al trabajo – Eras elegible para inscribirte en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo pero no estabas inscrito – Eras elegible y te inscribiste en los beneficios en el año en que se dio por terminado tu empleo y quisieras añadir a un menor dependiente (si corresponde) en el año que regresas al trabajo <p>Si regresas 30 días después pero menos de 13 semanas después de la fecha de terminación, sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, tendrás 60 días después de regresar al empleo para darte de baja o cambiar la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente. Después de este periodo de 60 días, y sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables, no podrás cambiar tus elecciones de beneficios (excepto la de seguro de vida opcional) hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o si experimentas un evento de cambio de selección tal como se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.</p>
<p>Consulta la sección de Si te vas de Walmart y te recontratan en el capítulo de El plan médico para obtener información sobre el beneficio de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad del programa de formación de familias de los Centros de Excelencia si das por terminado tu empleo y luego regresas al trabajo.</p>	

Si regresas como asociado gerencial o asociado no exento a tiempo completo a las 13 semanas o más de tu fecha de terminación, serás tratado como un asociado nuevo, sujeto a los términos del Plan de otro modo aplicables.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPOREROS

Consulta la sección de [Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales](#) anteriormente en este capítulo para información sobre los beneficios si te vas de Walmart y te recontratan.

Fechas de vigencia de los beneficios del Plan

Las siguientes tablas de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** indican las fechas en que entran en vigor las cubiertas si te inscribes y estás activo en el trabajo, tal como se define anteriormente, en la fecha que entra en vigor la cubierta. Si no estás activo en el trabajo en la fecha que la cubierta entraría en vigor, la misma entrará en vigor cuando estés de nuevo activo en el trabajo. Consulta la sección de “**Trabajo activo**” o “**activo en el trabajo**” en este capítulo para más información. Si das por terminado tu empleo antes de inscribirte en los beneficios durante el periodo de inscripción inicial, no serás elegible para inscribirte después de tu fecha de terminación. Cada beneficio está sujeto a términos y condiciones específicas. Consulta el capítulo correspondiente del *Manual de Beneficios del Asociado* para ver los detalles.

Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO		
NOTA: No se debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cubierta. Es necesario que te inscribas en la cubierta antes de la fecha de vigencia para la mayoría de los beneficios.		
Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia de la cubierta	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico • Seguro dental • AD&D 	<p>Periodo de inscripción inicial: Debes inscribirte en la cubierta entre la fecha del primer día de nómina y el día anterior a la fecha en que entra en vigor la cubierta.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta: La cubierta entrará en vigor el primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.</p>	Si seleccionas una cubierta, tu selección permanecerá vigente hasta el final del año calendario que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se podrá cambiar hasta el periodo de Inscripción Anual del próximo año calendario o hasta que experimentes un evento de cambio de selección, según se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida patronal 	Te inscriben automáticamente el primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro por incapacidad a corto plazo • Recursos de asistencia a los asociados • Seguro por accidentes en viajes de negocios 	Te inscriben automáticamente en la fecha de contratación y tu cubierta entra en vigor ese día.	

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)

NOTA: No se debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cubierta. Es necesario que te inscribas en la cubierta antes de la fecha de vigencia para la mayoría de los beneficios.

Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia de la cubierta
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Periodo de inscripción inicial: El periodo de inscripción inicial comienza el primer día de nómina y termina el día antes del primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.</p> <p>También puedes inscribirte, aumentar, o darte de baja de la cubierta en cualquier momento después de que termine tu periodo de inscripción inicial.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:* Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes para la cantidad garantizada, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo. Si te inscribes por una cantidad mayor a la garantizada, la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te exigirán una Evidencia de Buena Salud para ti o para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico. Si se aprueba, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) la fecha en que Prudential aprueba la cubierta o 2) el primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo. En el caso de que no se apruebe alguna cubierta adicional a la cantidad garantizada y que no estés (o tu cónyuge/pareja no esté) ya inscrito en la cubierta por la cantidad garantizada, tú (o tu cónyuge/pareja) serás inscrito para la cantidad garantizada y la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo. <p>Si te inscribes o aumentas la cubierta después del periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> La cubierta para ti o tu cónyuge/pareja (incluido cualquier aumento a la cubierta previamente elegida) está sujeta a la aprobación de Prudential. Te exigirán una Evidencia de Buena Salud para ti o para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico. Si se aprueba, la cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. No es necesario que proveas una Evidencia de Buena Salud para los menores que inscribas en la cubierta para dependientes. <p>Si te exigen una Evidencia de Buena Salud, las deducciones de nómina para pagar las primas no comenzarán hasta que la cubierta entre en vigor según se describió anteriormente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Plan de incapacidad a largo plazo (incluye beneficios mejorados) 	<p>Periodo de inscripción inicial: Es necesario que te inscribas en la cubierta entre la fecha de tu primer día nómina y el día antes del primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo a tiempo completo.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial: La cubierta entrará en vigor en el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación. Si te inscribes o aumentas la cubierta después del periodo de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes o aumentas la cubierta después de un evento de cambio de selección, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que te inscribes o 2) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación. Si te inscribes en la cubierta durante la Inscripción Anual para el próximo año del Plan, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) el 1 de enero de ese año o 2) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación. <p>Si eliges cubierta, tu selección permanecerá vigente hasta el final del año calendario que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se podrá cambiar hasta el periodo de Inscripción Anual del próximo año calendario o hasta que experimentes un evento de cambio de selección, según se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.</p> <p>*Si tu cónyuge/pareja o hijo(a) dependiente ha sido internado para recibir tratamiento médico (en la casa o en otro lugar), la cubierta se retrasará hasta que le den de alta a tu cónyuge/pareja o hijo(a) (no aplica a los recién nacidos).</p> <p>NOTA: Algunos beneficios tienen como condición que cumplas con la definición de trabajo activo. Consulta la sección de “Trabajo activo” o “activo en el trabajo” en este capítulo para más información.</p>

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL Y ASOCIADOS TEMPOREROS	
<p>NOTA: No se debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cubierta. Es necesario que te inscribas en la cubierta antes de la fecha de vigencia para la mayoría de los beneficios.</p>	
Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia de la cubierta
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico* • Seguro Dental* 	<p>Periodo de inscripción inicial: Si comienzas a ser elegible para beneficios como resultado de la verificación de elegibilidad anual que ocurre a las 52 semanas de empleo: Debes inscribirte en la cubierta entre la fecha siguiente a tu aniversario de 52 semanas y el día antes del día 60 después de la fecha de tu aniversario de 52 semanas.*</p> <p>Independientemente de si eres elegible o no para los beneficios médicos y dentales como resultado de la verificación de elegibilidad antes mencionada: Sigues siendo elegible para inscribirte en los otros beneficios disponibles para asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros después de 52 semanas de empleo.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta: Si comienzas a ser elegible para beneficios como resultado de la verificación de elegibilidad anual que ocurre a las 52 semanas de empleo (para los beneficios médicos/dentales)* o en tu aniversario de 52 semanas (para los demás beneficios): La cubierta entrará en vigor el primer día del segundo mes calendario posterior al día anterior a tu fecha de aniversario de 52 semanas.</p> <p>Si eliges cubierta, tu selección permanecerá vigente hasta el final del año calendario que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se podrá cambiar hasta el periodo de Inscripción Anual del próximo año calendario o hasta que experimentes un evento de cambio de selección, según se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.</p> <p>*A fin de ser elegibles para la cubierta médica y dental, los asociados no exentos a tiempo parcial y los asociados temporeros tienen que trabajar el número de horas requerido y aprobar las verificaciones de elegibilidad descritas bajo Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales anteriormente en este capítulo. Los asociados no exentos a tiempo parcial y los asociados temporeros contratados antes del 15 de enero de 2011 no tienen que cumplir este requisito.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de incapacidad a corto plazo • Recursos de asistencia a los asociados • Seguro por accidentes en viajes de negocios 	<p>Te inscriben automáticamente en la fecha de contratación y tu cubierta entra en vigor ese día.</p>

ASOCIADOS GERENCIALES	
<p>Incluye a los asociados gerenciales en adiestramiento</p> <p>NOTA: No se debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cubierta. Es necesario que te inscribas en la cubierta antes de la fecha de vigencia para la mayoría de los beneficios.</p>	
Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia de la cubierta
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico • Seguro dental • AD&D 	<p>Periodo de inscripción inicial: Es necesario que te inscribas en la cubierta entre la fecha de tu primer día de nómina y el día 60 de empleo, contados a partir de la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta: La cubierta entrará en vigor en la fecha de contratación.</p> <p>Si eliges cubierta, tu selección permanecerá vigente hasta el final del año calendario que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se podrá cambiar hasta el periodo de Inscripción Anual del próximo año calendario o hasta que experimentes un evento de cambio de selección, según se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos de asistencia a los asociados • Seguro de vida patronal • Seguro por accidentes en viajes de negocios • Plan de incapacidad a corto plazo 	<p>Te inscriben automáticamente en la fecha de contratación y tu cubierta entra en vigor ese día.</p>

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS GERENCIALES (CONTINUACIÓN)

Incluye a los asociados gerenciales en adiestramiento

NOTA: No se debe confundir el periodo de inscripción inicial con la fecha de vigencia de la cubierta. Es necesario que te inscribas en la cubierta antes de la fecha de vigencia para la mayoría de los beneficios.

Plan	Periodos de inscripción y fechas de vigencia de la cubierta
<ul style="list-style-type: none"> Seguro de vida opcional para asociados Seguro de vida opcional para dependientes 	<p>Periodo de inscripción inicial: El periodo de inscripción inicial comienza el primer día de nómina y termina el día 60 de empleo, contados a partir de la fecha de contratación.</p> <p>También puedes inscribirte, aumentar, o darte de baja de la cubierta en cualquier momento después de que termine tu periodo de inscripción inicial.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:* Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes para la cantidad garantizada, la cubierta entrará en vigor en la fecha en que te inscribes. Si te inscribes por una cantidad mayor a la garantizada, la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te exigirán una Evidencia de Buena Salud para ti o para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico. Si se aprueba, la cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. En el caso de que no se apruebe alguna cubierta adicional a la cantidad garantizada, tú (o tu cónyuge/pareja) serán inscritos para la cantidad garantizada y la cubierta entrará en vigor en el día de tu contratación. <p>Si te inscribes o aumentas la cubierta después del periodo de inscripción inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> La cubierta para ti o tu cónyuge/pareja (incluido cualquier aumento a la cubierta previamente elegida) está sujeta a la aprobación de Prudential. Te exigirán una Evidencia de Buena Salud para ti o para tu cónyuge/pareja y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico. Si se aprueba, la cubierta entrará en vigor en la fecha en que Prudential la apruebe. No es necesario que proveas una Evidencia de Buena Salud para los menores que inscribas en la cubierta para dependientes. <p>Si te exigen una Evidencia de Buena Salud, las deducciones de nómina para pagar las primas no comenzarán hasta que la cubierta entre en vigor según se describió anteriormente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> El plan de incapacidad a largo plazo (LTD), que incluye beneficios mejorados 	<p>Periodo de inscripción inicial: Es necesario que te inscribas en la cubierta entre la fecha de tu primer día de nómina y el día 60 de empleo, medido a partir de la fecha de contratación.</p> <p>Cuándo entra en vigor la cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes durante el periodo de inscripción inicial: La cubierta entrará en vigor en la fecha de contratación. Si te inscribes o aumentas la cubierta después del periodo de inscripción inicial: <ul style="list-style-type: none"> Si te inscribes o aumentas la cubierta después de un evento de cambio de selección, la misma entra en vigor el primer día del periodo de nómina posterior a la fecha en que te inscribes. Si te inscribes durante la Inscripción Anual para el próximo año de Plan, la cubierta entrará en el 1 de enero de ese año. <p>Si eliges cubierta, tu selección permanecerá vigente hasta el final del año calendario que incluye la fecha de vigencia de la cubierta y no se podrá cambiar hasta el periodo de Inscripción Anual del próximo año calendario o hasta que experimentes un evento de cambio de selección, según se describe en la sección de Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual de este capítulo.</p>
<p>*Si tu cónyuge/pareja o hijo(a) dependiente ha sido internado para recibir tratamiento médico (en la casa o en otro lugar), la cubierta se retrasará hasta que le den de alta a tu cónyuge/pareja o hijo(a) (no aplica a los recién nacidos).</p>	
<p>NOTA: Algunos beneficios tienen como condición que cumplas con la definición de trabajo activo. Consulta la sección de “Trabajo activo” o “activo en el trabajo” en este capítulo para más información.</p>	

El pago de tus beneficios

Es requisito que pagues las primas de cualquier beneficio en el cual te inscribes (por ej., seguro médico, dental, seguro de vida opcional, etc.) a fin de que la cubierta de dichos beneficios siga vigente. Si tu cubierta cambia durante el año, se ajustarán las primas. No es requisito que pagues primas por los beneficios para los cuales te inscriben automáticamente (es decir, recursos de asistencia a los asociados, cubierta de incapacidad a corto plazo, seguro de vida patronal y seguro por accidentes en viajes de negocios).

Para los beneficios que tienen una prima correspondiente, lo que pagarás en primas dependerá de una serie de factores, entre ellos los beneficios que eliges, los dependientes que cubres y si eres elegible para tarifas relacionadas con el uso de tabaco. El capítulo específico de cada beneficio explica los factores que afectan el monto de las primas de ese beneficio, incluida tu elegibilidad para las tarifas relacionadas con el uso de tabaco. Sin embargo, tu elegibilidad para dichas tarifas dependerá de las preguntas que respondes durante el proceso de inscripción.

TARIFAS RELACIONADAS CON EL USO DEL TABACO

Puedes recibir tarifas más bajas por no fumar en las cubiertas médicas y de medicamentos recetados, el seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes (para un cónyuge) si:

- Tú y/o tu cónyuge/pareja asegurada no usan productos de tabaco o
- Tú y/o tu cónyuge/pareja asegurada usan tabaco y aceptan inscribirse y participar en un programa de tu/su selección para dejar de fumar antes de terminar el año del Plan para el cual te estás inscribiendo. Como alternativa, si tú y/o tu cónyuge/pareja asegurada llama al programa de Cesación de Fumar de Walmart disponible por medio de MCS Solutions al **855-830-9887**, el programa colaborará contigo y/o tu cónyuge/pareja asegurada (y si deseas, tu/su médico) para encontrarles un programa adecuado.

No usar productos de tabaco significa que tú y/o tu cónyuge/pareja asegurada no han usado ningún producto de tabaco en los últimos 30 días y que han aceptado no usar ningún producto de tabaco en el 2025. Entre los “productos de tabaco” se incluyen cigarrillos, puros, tabaco de pipa, de rapé (de aspirar o de mascar), cigarrillos electrónicos o cualquier otro dispositivo similar que dispense nicotina.



IMPORTANTE

Si te inscribes por primera vez, es necesario que completes de forma activa la sesión de inscripción en línea en One.Walmart.com/Enroll a fin de recibir las tarifas para asociados “libres de tabaco”.

Se te pedirá que certifiques sobre tu uso del tabaco, el uso del tabaco de tu cónyuge/pareja asegurada, y si tú y/o tu cónyuge/pareja asegurada aceptan inscribirse y participar en un programa para dejar de fumar a fin de determinar la elegibilidad para las tarifas relacionadas con el uso del tabaco. Se te pedirá que hagas esta certificación durante tu periodo de inscripción inicial por el resto de año calendario y cada año durante la Inscripción Anual para el próximo año calendario. Ten presente que tu elegibilidad para tarifas “libre de tabaco” puede establecerse solo durante el periodo de inscripción inicial y en la Inscripción Anual. Si tú y/o tu cónyuge/pareja asegurada no testifican durante el periodo de inscripción inicial o Inscripción Anual que aceptan matricularse y participar en un programa para dejar de fumar, pero no obstante dejan de fumar durante el año del Plan, no serán elegibles para las tarifas relacionadas con el uso del tabaco hasta el próximo año calendario.

La declaración que sigue aparece en la pantalla cuando te inscribas para los beneficios y respondas las preguntas acerca del uso de tabaco:

“Nuestra expectativa es que solicites o te inscribas en los beneficios con la información correcta y precisa. De no ser así, podrías estar sujeto a perder los beneficios y el empleo.”

Para revisar la política de Walmart sobre la deshonestidad intencional, consulta el Código de Conducta en One.Walmart.com. Si recibimos un informe de abuso, realizaremos una investigación de ética.

CÓMO SE PAGAN LAS PRIMAS

Como regla general, las primas se deducen de tu paga en cada periodo de nómina. Las deducciones de nómina por beneficios en cualquier periodo de nómina son para pagar la cubierta provista durante dicho periodo.

EJEMPLO: Si te pagan quincenalmente, tus deducciones pagan la cubierta del periodo de dos semanas de ese periodo de nómina. Suponiendo que el periodo de nómina es del 1 de abril al 14 de abril y que el día de pago para ese periodo de nómina es el 20 de abril. Las deducciones de nómina del pago que recibes el 20 de abril serán para la cubierta de beneficios del 1 de abril al 14 de abril.

EJEMPLO: Si te pagan semanalmente, tus deducciones pagan la cubierta de la semana en ese periodo de nómina. Suponiendo que el periodo de nómina es del 1 de abril al 7 de abril y que el día de paga para ese periodo de nómina es el 13 de abril. Las deducciones de nómina del pago que recibes el 13 de abril serán para los beneficios del 1 de abril al 7 de abril.

No se deducirán las primas de tu paga hasta que entre en vigor la cubierta que elijas.

El pago que recibes por el primer periodo de nómina después de la fecha de vigencia de tu cubierta por lo general reflejará las deducciones por cada día en el cual tuviste cubierta durante ese periodo de nómina. Si el periodo de nómina abarca dos años calendarios, tus deducciones reflejarán la cantidad del año previo hasta el 31 de diciembre y la nueva cantidad para el nuevo año, prorrateada por el número de días cubiertos desde el 1 de enero hasta el final del periodo de nómina.

Verifica siempre el talonario de nómina para ver si se están efectuando las deducciones correctas. Puedes ver tu talonario de nómina el lunes antes del día de nómina accediendo a Online Paystub en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Si piensas que el talonario no refleja correctamente la cubierta y las deducciones, llama a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**. Se tomarán en consideración las solicitudes de revisión de las primas pagadas si se presentan no más de un año después de la fecha de un posible sobrepago. Se realizará una conciliación de las primas de hasta un máximo de tres años. Consulta la sección [Confirmación de tu inscripción](#) anteriormente en este capítulo para ver los detalles de cómo solicitar que se corrija un error de inscripción, incluidos los límites de tiempo para hacerlo.

CONSECUENCIAS CONTRIBUTIVAS DE LOS BENEFICIOS PARA PAREJAS

Las primas que pagas por la cubierta médica y dental en la que te inscribes e inscribes a tus dependientes representa parte del costo total de dicha cubierta. Walmart aporta el resto. Según la ley federal, la parte del costo que Walmart paga por tu cubierta médica y la cubierta médica que eliges para tu cónyuge e hijos dependientes elegibles no es un ingreso tributable para ti.

Por lo general, las parejas de hecho y sus hijos no cualifican como cónyuges o dependientes según el Código de Rentas Internas (o la ley estatal de contribuciones sobre ingresos, si corresponde). De ser ese el caso, la aportación de Walmart a la cubierta de tu pareja o la cubierta para sus hijos se considerará un ingreso tributable para ti. Este ingreso tributable se conoce como “ingreso imputado”. El ingreso imputado está sujeto a impuestos federales, estatales, locales, de Seguro Social y de Medicare, y está sujeto a retención. Por lo tanto, el ingreso imputado se incluye en el talonario de nómina y el formulario W-2.

Por lo general, los residentes de Puerto Rico no están sujetos a impuestos federales sobre ingresos. No obstante, podría haber consecuencias conforme a las leyes fiscales de Puerto Rico si optas por cubrir a una pareja de hecho. Si eres un empleado de Puerto Rico, debes consultar con un asesor de impuestos acerca de las consecuencias contributivas de incluir a una pareja de hecho como dependiente para fines de la cubierta del Plan.

Cómo se determina el ingreso imputado

El monto de tu ingreso imputado equivale a la contribución de Walmart al costo de la cubierta médica para un asociado + cónyuge/pareja o un asociado + familia menos la aportación de Walmart a la cubierta médica para asociados solamente. A continuación un ejemplo de cómo se determina el ingreso imputado para la cubierta de un asociado + pareja:

INGRESO IMPUTADO: UN EJEMPLO	
La aportación de Walmart por periodo de nómina para:	
Cubierta de asociado + pareja	\$700
Cubierta de asociado solo	-\$300
La cantidad por periodo de nómina que equivale a ingresos imputados (añadido a tu salario tributable).	\$400

Cómo aparece el ingreso imputado en el talonario de nómina

Si inscribiste a tu pareja y/o a sus hijos en la cubierta médica y tienes ingresos imputados, tu talonario de nómina reflejará el ingreso imputado como partida de una cantidad en dólares, tanto en la columna de ingresos como la columna de deducciones del talonario. El ingreso imputado puede aumentar el ingreso tributable y afectar la cantidad de impuestos retenidos de tu pago, pero no aumenta el salario neto.

Si eliges cubierta médica para tu pareja y/o a sus hijos pero no estás recibiendo un salario de Walmart, Walmart podría cobrarte directamente la porción de responsabilidad contributiva del Seguro Social y Medicare de tus ingresos imputados.

Estas reglas no aplicarán si tu pareja y/o sus hijos reúnen los requisitos para ser considerados dependientes contributivos conforme al Código de Rentas Internas.

Es importante mantener al día la información del dependiente y de los beneficios. Algunos eventos de vida podrían afectar tus contribuciones y otras retenciones de nómina. Consulta la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en este capítulo.

Cómo mantener las primas al día

Si recibes paga de Walmart (es decir, cualquier pago procesado por el sistema de nómina de Walmart), las primas que debes al momento (incluidas las primas vencidas) se deducen de esa paga, en la medida que lo permita la ley. Puede que haya instancias en las que la paga no sea suficiente para cubrir las primas vencidas. En ese caso, serás responsable de pagar cualquier prima vencida en la medida en que la prima se hubiese pagado si se hubiese retenido como deducción de nómina. Los pagos de las primas para un periodo de nómina vencen al cierre de dicho periodo de nómina.

Si recibes paga procesada por el sistema de nómina de Walmart (independientemente de que sea de salario, pagos de incentivo, tiempo libre con paga, etc.), cualquier prima vencida que debas se deducirá de dicha paga antes de las primas que vecen en el periodo actual. Toda prima vencida se pagará después de impuestos.

Si las primas de cualquier beneficio permanecen vencidas por más de 30 días, se cancelará toda la cubierta que elegiste retroactivamente a la fecha en que estaban al día las primas. Es decir, la cancelación de la cubierta será efectiva retroactivamente. Si se cancela tu cubierta debido al incumplimiento en el pago de las primas, se cancelará tu inscripción como si te hubieses dado de baja de la cubierta voluntariamente y:

- Si eres un asociado activo, no podrás inscribirte de nuevo hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o hasta que ocurra un evento de cambio de selección válido, siempre y cuando sigas siendo elegible. Sin embargo, puedes inscribirte en el seguro de vida opcional en cualquier momento siempre y cuando sigas siendo elegible. La reinscripción podría requerir una Evidencia de Buena Salud. Consulta la sección de **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual** de este capítulo.
- Si estás de licencia y regresas a trabajo activo en el término de un año a partir del primer día de licencia, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que estaba en vigor justo antes de la licencia (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan), a menos que hayas elegido otra cubierta según lo permita el Plan. La cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el cual regresas a trabajo activo.
- Si estás de licencia y regresas a trabajo activo después de un año a partir del primer día de licencia, te considerarán asociado nuevo y tendrás que cumplir con cualquier requisito de elegibilidad aplicable para poder inscribirte en la cubierta.

A fin de evitar la interrupción o cancelación de la cubierta, se pueden efectuar los pagos de las primas antes de la fecha de vencimiento llamando a People Services al **800-421-1362**. Para confirmar la cantidad de la prima vencida, llama a People Services.

Puedes efectuar los pagos con tarjetas de débito o crédito de VISA, MasterCard, American Express o Discover. También puedes efectuar los pagos de las primas con cheque o giro postal pagadero a "Associates' Health and Welfare Trust" y enviarlos a:

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

Para asegurarte de que se acredite debidamente el pago, incluye tu nombre y número WIN en el cheque. Ten presente que el procesamiento de los pagos toma de 10 a 14 días.

Si no puedes efectuar los pagos de tu prima, el Plan aceptará pagos de otra persona en tu nombre.

Las primas se deducirán de tu último pago de nómina, ya que dichas deducciones pagarán la cubierta de ese periodo de nómina.

CUANDO TE VAS DE LICENCIA

Mientras estés en una licencia de la Ley de Licencia Médico Familiar de 1993 (FMLA), una licencia personal o una licencia militar, puedes mantener la mayoría de los beneficios voluntarios en los que estabas inscritos el día justo antes del primer día de la licencia, siempre y cuando todas las primas se paguen a tiempo.

Las cubiertas que puedes mantener incluyen la de seguro médico, dental, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes y AD&D. También mantendrás los recursos de asistencia a los asociados, aunque no se requieren primas para ese beneficio. Se mantendrá la cubierta de estos beneficios voluntarios, por lo general, bajo los mismos términos y condiciones que hubieran existido si hubieses continuado trabajando durante la licencia. Comunícate con un miembro de tu equipo gerencial para obtener información adicional sobre las licencias FMLA, personal o militar, o consulta la Política sobre licencias de Walmart en [One.Walmart.com](https://one.walmart.com) para obtener información más específica. También puedes comunicarte con tu representante de RH si tienes dudas sobre la aplicación de la política de Walmart sobre las licencias FMLA, personal o militar. Las decisiones sobre las licencias son tomadas por Walmart, no por el Plan.

También tienes la opción de darte de baja de la cubierta cuando te vayas de licencia. Consulta la sección de **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual** más adelante en este capítulo para información adicional, incluido el periodo de tiempo en el cual puedes elegir darte de baja de la cubierta.

Si te das de baja de la cubierta durante una licencia FMLA, personal o militar y regresas al trabajo, podrás reinscribirte en la cubierta anterior. Consulta la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) más adelante en este capítulo para información adicional, incluido el periodo de tiempo en el cual puedes elegir darte de baja de la cubierta.

EL PAGO DE LAS PRIMAS DURANTE UNA LICENCIA SIN PAGA O CUANDO LAS PRIMAS HAN VENCIDO

Es responsabilidad del asociado asegurarse de que las primas se paguen a tiempo para que la cubierta de beneficios siga activa. Cuando las primas estén vencidas, sin importar la razón, es necesario que hagas los arreglos para ponerlas al día y evitar el riesgo de cancelación de la cubierta. Según indicado anteriormente, si las primas de cualquier beneficio permanecen vencidas por más de 30 días, se cancelará toda la cubierta que elegiste retroactivamente a la fecha en que estaban al día las primas.

Durante una licencia podrías recibir paga de la cual se deducen algunas o todas las primas que debes al momento. Sin embargo, es posible que la paga que recibas no sea suficiente para cubrir las primas vencidas y que queden algunas cantidades por pagar. Cuando estés de licencia, por cualquier razón, es responsabilidad tuya asegurar que todas las primas se paguen a tiempo para que la cubierta de beneficios permanezca activa.

EL PAGO DE LAS PRIMAS DURANTE UNA LICENCIA CON PAGA

Según indicado anteriormente, si recibes paga de Walmart (es decir, cualquier pago procesado por el sistema de nómina de Walmart), las primas que debes al momento (incluidas las primas vencidas) serán deducidas de esa paga, en la medida que lo permita la ley. Esto incluye el pago de salarios, beneficios de incapacidad y otras licencias con paga procesadas por el sistema de nómina de Walmart, pagos por incentivos, tiempo libre con paga, etc. Es necesario que hagas los arreglos para pagar cualquier prima que siga vencida después de las deducciones de nómina a fin de evitar la cancelación de la cubierta.

Si estas recibiendo pagos de cualquier otra fuente (como beneficios de incapacidad a largo plazo pagados por Lincoln o beneficios de incapacidad a corto plazo que no son procesados por el sistema de nómina de Walmart), no se deducirán primas de dichos pagos. Consulta la sección de [El pago de las primas cuando estés recibiendo beneficios de incapacidad](#) más adelante en este capítulo para obtener información adicional.

LAS PRIMAS DEL SEGURO POR INCAPACIDAD DURANTE UNA LICENCIA CON PAGA

Si estás inscrito en una cubierta de incapacidad a largo plazo, la cubierta podría continuar por un tiempo limitado si te vas de licencia o eres cesanteado temporalmente. En la medida que se requiera el pago de las primas para mantener la cubierta de incapacidad, seguirás debiendo las primas mientras continúe la cubierta. Para obtener información sobre el tiempo que continúa esa cubierta de incapacidad a largo plazo en estas circunstancias, consulta la sección de [Si te vas de licencia o experimentas una cesantía temporal](#) del capítulo de [Incapacidad a largo plazo](#).

Si te das de baja de la cubierta durante una licencia FMLA, personal o militar y regresas al trabajo, puedes comunicarte con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** o con People Services al **800-421-1362** no más de 60 días después de regresar al trabajo para restablecer la cubierta. Si has elegido la cubierta de incapacidad a largo plazo para la cual hay que pagar primas, es importante que sepas cuándo las primas de dicha cubierta de incapacidad serán deducidas de los pagos procesados por el sistema de nómina de Walmart. Uno de los factores que determinan las primas de incapacidad que debes es el tipo de pago que recibes. Si las primas de la cubierta de incapacidad serán deducidas o no de los pagos procesados por el sistema de nómina de Walmart dependerá del tipo de pago. No todos los tipos de pagos que recibes serán elegibles para fines de calcular los beneficios de incapacidad, así que no todos los tipos de pagos que recibes tendrán una deducción correspondiente a las primas de incapacidad a largo plazo.

EL PAGO DE LAS PRIMAS CUANDO ESTÉS RECIBIENDO BENEFICIOS DE INCAPACIDAD

Los beneficios de incapacidad se procesan de manera diferente dependiendo del plan en el cual estás inscrito. La tabla en la página siguiente te ayudará a entender cómo se manejan las primas cuando estás recibiendo pagos por incapacidad y otros pagos del programa de licencia con paga de Walmart.



Cuando estés de licencia, por cualquier razón, es responsabilidad tuya garantizar que todas las primas se paguen a tiempo para que la cubierta de beneficios permanezca activa. Si no puedes efectuar los pagos de tu prima, el Plan aceptará pagos de otra persona en tu nombre.

PARA MANTENER LA CUBIERTA DE ESTOS BENEFICIOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico • Seguro dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida opcional para asociados • Seguro de vida opcional para dependientes • AD&D • Seguro de incapacidad a largo plazo
MIENTRAS ESTÁS RECIBIENDO...	
Beneficios de incapacidad a corto plazo	<p>Los beneficios de incapacidad a corto plazo no se procesan a través del sistema de nómina de Walmart. Sin embargo, es posible que recibas pagos quincenales por tiempo libre con paga, incentivos, etc., que se procesan a través del sistema de nómina de Walmart.</p> <p>No se deducirán las primas actuales de incapacidad a corto plazo de los beneficios de incapacidad a corto plazo. Cualquier prima vencida (incluidas las primas vencidas de incapacidad a corto plazo) se deducirá de los pagos de incapacidad a corto plazo y otros pagos que recibas por medio del sistema de nómina de Walmart.</p> <p>Cualquier otra prima de beneficios (no de incapacidad) que venza en el periodo de nómina actual se deducirá de otros pagos que recibas del sistema de nómina de Walmart (como tiempo libre con paga, incentivos, etc.).</p> <p>El beneficio de maternidad y el beneficio de incapacidad temporal se procesan a través del sistema de nómina de Walmart. Las primas vencidas y las primas actuales (no de incapacidad) se deducirán de estos pagos.</p> <p>Debes hacer los arreglos para pagar cualquier prima que siga adeudada después de las deducciones de nómina para evitar la cancelación de la cubierta.</p> <p>NOTA: Para obtener información adicional sobre quién es elegible y qué se ofrece bajo el beneficio de incapacidad temporal, consulta la política sobre los pagos por incapacidad temporal en One.Walmart.com.</p>
Beneficios de incapacidad a largo plazo	<p>Las primas de las cubiertas anteriores no se deducirán de tus cheques de beneficios de incapacidad a largo plazo porque los beneficios de incapacidad a largo plazo no se procesan a través del sistema de nómina de Walmart. Sin embargo, es posible que recibas pagos quincenales por tiempo libre con paga, incentivos, etc., que se procesan a través del sistema de nómina de Walmart.</p> <p>No se deducirán las primas actuales de incapacidad a largo plazo de los beneficios de incapacidad a largo plazo. Cualquier prima vencida (incluidas las primas vencidas de incapacidad a largo plazo) se deducirá de otros pagos que recibas por medio del sistema de nómina de Walmart.</p> <p>Cualquier otra prima de beneficios (no de incapacidad) que venza en el periodo de nómina actual se deducirá de otros pagos que recibas del sistema de nómina de Walmart (como tiempo libre con paga, incentivos, etc.).</p> <p>Debes hacer los arreglos para pagar cualquier prima que siga adeudada después de las deducciones de nómina para evitar la cancelación de la cubierta.</p>
Licencia con paga (no de incapacidad) bajo el programa de licencia con paga de la compañía	<p>La licencia con paga se procesa a través del sistema de nómina de Walmart. También podrías recibir un pago quincenal (por ej., de incentivos) que también se procese a través del sistema de nómina de Walmart.</p> <p>Cualquier prima vencida será deducida de cualquiera de los pagos que recibas.</p> <p>Las primas adeudadas para el periodo de nómina actual se deducirán de cualquiera de los pagos que recibas.</p> <p>Debes hacer los arreglos para pagar cualquier prima que siga adeudada después de las deducciones de nómina para evitar la cancelación de la cubierta.</p>

Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual

Se pueden cambiar ciertos beneficios durante cualquier momento del año, pero hay otros que solo se pueden cambiar durante el periodo de inscripción anual o si ocurre un evento de cambio de selección, como sigue:

- Los beneficios de seguro de vida opcional para asociados y el seguro de vida opcional para dependientes pueden añadirse o cancelarse en cualquier momento.
- Las cubiertas del Plan Médico para Asociados (PMA), dental y AD&D pueden cambiarse solo durante la Inscripción Anual, salvo que ocurra un evento de cambio de selección.

En ese *Manual de Beneficios del Asociado* usamos el término “evento de cambio de selección” para describir una gama completa de circunstancias descritas en las regulaciones federales que te permiten hacer cambios a la cubierta.

Puedes hacer ciertos cambios a la cubierta si experimentas un evento de cambio de selección. Un evento de cambio de selección, para fines de este *Manual de Beneficios del Asociado*, es un evento de vida u otro evento indicado en las regulaciones federales que te permite hacer cambios a la cubierta fuera del periodo de inscripción anual o inicial. Cualquier cambio que hagas como respuesta a un evento de vida deberá estar directamente relacionado con el impacto de dicho evento en tus beneficios y elegibilidad. En otras palabras, tiene que haber una relación lógica entre el evento que ocurre y el cambio que solicitas, y el evento de vida que ocurre también tiene que hacer a una persona elegible o inelegible para cubierta. En las regulaciones federales esto se llama la “regla de coherencia” (“the consistency rule”). Por ejemplo, si tú (el asociado) te divorcias de tu cónyuge, esa persona pierde elegibilidad para los beneficios del Plan en la fecha del divorcio pero tus otros dependientes permanecen elegibles para los beneficios del Plan. Por lo tanto, solo puedes cancelar los beneficios de tu cónyuge. No se permitiría cambiar la cubierta de otro dependiente debido a este evento.

Cuando experimentas un evento de cambio de selección (incluido un evento de vida o la pérdida o añadidura de otra cubierta según se describe a continuación), cualquier cambio en la cubierta deberá hacerse en el término de 60 días del evento.

Entre los eventos de cambio de selección se incluyen: eventos de vida, obtención de cubierta, pérdida de cubierta, cambio en los costos, orden judicial y derecho a Medicare o Medicaid.



El término “evento de cambio de selección” se utiliza con frecuencia en este *Manual de Beneficios del Asociado*, para referirse a un evento de vida u otro evento indicado en las regulaciones federales que te permite hacer cambios a la cubierta fuera del periodo de inscripción anual o inicial. Es posible que en otros materiales relacionados con los beneficios hayas visto estos eventos mencionados como *eventos de cambio de estatus, cambios de estatus familiar o eventos que califican*. En esta página verás información detallada sobre los eventos de cambio de selección.

EVENTOS DE VIDA

- Eventos que cambian el estado civil:
 - Matrimonio
 - Muerte de tu cónyuge
 - Divorcio (que incluye la finalización de un matrimonio de hecho en los estados que requieren una sentencia de divorcio para finalizar un matrimonio de hecho reconocido)
 - Anulación del matrimonio o
 - Separación legal.
- Eventos que cambian el estado civil de unión de hecho:
 - Comienzo de una unión de hecho
 - Finalización de una unión de hecho o
 - Muerte de tu pareja de hecho.
- Eventos que cambian el estado de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho, según se especifica en la definición de pareja:
 - Comienzo de la relación legal
 - Finalización de la relación legal o
 - Muerte de la persona con la cual tienes una relación legal.
- Eventos que cambian el número de dependientes:
 - Nacimiento
 - Adopción
 - Colocación en el hogar para adopción
 - Muerte de un dependiente
 - Obtención de la custodia de un dependiente
 - Pérdida de la custodia o tutoría legal de un dependiente para el cual un juez había otorgado custodia o tutoría legal previamente
 - El resultado de una prueba de paternidad
 - Si una persona dependiente pierde elegibilidad, como por ejemplo al final del mes en que cumple 26 años o
 - El recibo de documentación válida que establece la elegibilidad de un dependiente que antes se consideraba inelegible.
- Cambios en el empleo que experimentas o experimenta tu cónyuge/pareja o dependiente:
 - Irte o regresar de una licencia aprobada
 - Obtención o pérdida de cubierta debido a que comienza o termina el empleo
 - Obtención o pérdida de cubierta debido a un cambio en el empleo que afecta la elegibilidad
 - Un cambio de lugar de trabajo que afecta tu cubierta médica. Si el cambio afecta las opciones de cubierta médica, tendrás 60 días calendario a partir del traslado para presentar una solicitud de cambio de cubierta. Si te trasladas a un lugar de trabajo en el cual se ven afectados los beneficios médicos y no presentas una solicitud, se te inscribirá automáticamente en un plan predeterminado.

OBTENCIÓN DE OTRA CUBIERTA

- Si eres un asociado no exento a tiempo parcial o un asociado temporero y te reducen las horas, de manera que trabajas un promedio de menos de 30 horas a la semana (independientemente de si la reducción de horas afecta tu elegibilidad para beneficios médicos) y piensas inscribirte en otro plan que ofrece una cubierta mínima esencial que entra en vigor no más tarde del primer día del segundo mes posterior al mes en que terminaría la cubierta médica del Plan, puedes darte de baja de la cubierta del Plan Médico para Asociados.
- Adiciones/mejoras a una opción de beneficios de este Plan. El Plan determina cuáles cambios de selección, si alguno, puedes hacer en respuesta a la adición o mejora de una opción de beneficios. Serás informado cuando surja una oportunidad de cambio de selección.
- Elegibilidad para Medicare, Medicaid, TRICARE o un plan de seguro de salud estatal para menores. (Si tú o tus dependientes elegibles obtienen la cubierta de cualquier otro plan gubernamental, no puedes darte de baja de la cubierta médica excepto durante el período de Inscripción Anual.)
- Si eres elegible para un Período de inscripción especial en un plan de salud cualificado a través de un servicio de Health Insurance Marketplace, o si buscas inscribirte en un plan de salud cualificado a través de un servicio de Marketplace durante el período de inscripción anual de Marketplace según se describe en la próxima página en [Cambios en la cubierta después de un evento de cambio de selección](#), puedes darte de baja de la cubierta médica conforme a las reglas establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal. Tú y cualquier dependiente que se dé de baja de la cubierta del plan deberá presentar evidencia de sus derechos de inscripción y declarar que tiene la intención de inscribirse en un plan de salud cualificado a través de un servicio de Marketplace que entrará en vigor no más tarde del día inmediatamente posterior al último día de tu cubierta médica.

PÉRDIDA DE LA CUBIERTA

- Pérdida de la cubierta bajo cualquier otro plan patronal.
- Reducción de la cubierta bajo este Plan.
- Pérdida significativa de cubierta. El Plan determinará cuándo ha ocurrido una pérdida significativa de cubierta.
- Si tú o tus dependientes elegibles pierden la cubierta de un plan gubernamental, incluido Medicaid o un plan estatal de salud para menores, un plan de una institución educativa o un plan de un gobierno tribal, puedes añadir la cubierta médica en el término de 60 días después de perder dicha cubierta. (Esto no aplica a la pérdida de cubierta de un plan del Health Insurance Marketplace, aunque la pérdida de cubierta de un plan del Health Insurance Marketplace puede

dar como resultado el derecho a una inscripción especial de HIPAA si originalmente habías declinado la cubierta del Plan Médico para Asociados (PMA) porque tenías la cubierta de un plan del Health Insurance Marketplace.)

- Puedes añadir cubierta médica o dental para ti o tus dependientes elegibles si:
 - Originalmente rechazaste la cubierta porque tú y/o tus dependientes tenían cubierta de COBRA y dicha cubierta ha terminado (la falta de pago de las primas no es suficiente para estos fines)
 - Tú y/o tus dependientes tenían cubierta médica que no era de COBRA y la otra cubierta ha terminado debido a la pérdida de elegibilidad para la misma o
 - Se han cancelado las aportaciones del patrono a la otra cubierta.

CAMBIO DE COSTO

Si cambia el costo de la cubierta de este Plan u otro plan, es posible que puedas cambiar tu selección. El Plan determina cuándo ha ocurrido un cambio significativo en el costo y cuáles cambios de selección puedes hacer en respuesta al cambio de costo. Serás informado cuando surja una oportunidad de cambio de selección.

ORDEN JUDICIAL

Si una orden judicial producto de un divorcio, separación legal o anulación de matrimonio, o un cambio en la custodia legal (incluidas las Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores—consulta la sección sobre las [Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores](#) más adelante en este capítulo) te obliga a proveer cubierta médica y/o dental para tus hijos dependientes elegibles, puedes añadir cubierta para ellos (y para ti, si aún no tienes cubierta). Si la orden requiere que tu cónyuge, excónyuge u otra persona provea cubierta médica y/o dental para tu hijo(a) dependiente y esa otra cubierta en efecto se provee, puedes cancelar la cubierta para el menor dependiente.

DERECHO A MEDICARE O MEDICAID

Si tú o tus dependientes elegibles están inscritos en la cubierta médica, pueden darse de baja de esa cubierta si adquieren derecho a los beneficios de Medicare o Medicaid o a la cubierta de un plan estatal de salud para menores. Si tú o tus dependientes elegibles comienzan a cualificar para asistencia económica de Medicaid o de un plan estatal de salud para menores para pagar la cubierta del Plan, deberás solicitar la cubierta del Plan en el término de no más de 60 días después de cualificar para la asistencia.

Para información sobre las circunstancias en las que se permiten cambiar los beneficios, llama a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** o a People Services al **800-421-1362**.

CAMBIOS EN LA CUBIERTA DESPUÉS DE UN EVENTO DE CAMBIO DE SELECCIÓN

Cuando experimentes un evento de cambio de selección, deberás solicitar el cambio no más de 60 días a partir de la fecha del evento.

Salvo que de otra forma lo disponga el Plan, si añades un cónyuge/pareja u otro dependiente elegible a raíz de un evento de vida, cada persona estará sujeta a las limitaciones aplicables del Plan.

El Plan se reserva el derecho de solicitar la documentación adicional necesaria para evidenciar el evento de cambio de selección.

NOTA: Si tú o un dependiente elegible estaba inscrito en el Plan Médico para Asociados (PMA) y había acumulado beneficios o había alcanzado el beneficio máximo de por vida aplicable a los beneficios de fertilidad del programa de formación de familias de los Centros de Excelencia, no se reiniciará ninguna porción del beneficio máximo de por vida por ninguna razón.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL EN LA CUBIERTA MÉDICA SEGÚN LA LEY HIPAA

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Ley HIPAA), también podrías tener derecho a una inscripción especial en la cubierta médica del Plan si pierdes otra cubierta o si adquieres un dependiente. Estos eventos (algunos de los cuales también son eventos de vida) incluyen:

- En el caso que rechaces tu inscripción o la de tus dependientes debido a que tienes otro seguro médico o cubierta médica grupal, es posible que puedas inscribirte e inscribir, si así lo deseas, a tus dependientes en este Plan si tú o tus dependientes dejan de ser elegibles para esa otra cubierta (o si el patrono cancela sus aportaciones a tu otra cubierta o la de tus dependientes). Tendrás que solicitar la inscripción no más de 60 días después de que termine la otra cubierta o la de tus dependientes (o después de que el patrono cancele las aportaciones a la otra cubierta). Dicha cubierta entrará en vigor en la fecha en que te inscribes en el Plan.
- En el caso de que tengas un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en tu hogar para adopción, es posible que puedas inscribirte e inscribir a tus dependientes elegibles. Es necesario que solicites la inscripción en el término de 60 días. Dicha cubierta entrará en vigor en la fecha del evento.

- En el caso de que tú o uno de tus dependientes deje de ser elegible para la cubierta de Medicaid o de un plan estatal de salud para menores, o que tú o uno de tus dependientes comience a cualificar para asistencia de Medicaid o de un plan estatal de salud para menores, deberás solicitar la inscripción no más de 60 días después de terminarse la cubierta o de que comience la elegibilidad para la asistencia. Dicha cubierta entrará en vigor en la fecha en que te inscribes en el Plan.

Para solicitar una inscripción especial y obtener más información, consulta la información sobre eventos de cambio de selección en este capítulo, o contacta a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** o a People Services al **800-421-1362**.

CÓMO CAMBIAR TUS ELECCIONES DEBIDO A UN EVENTO DE CAMBIO DE SELECCIÓN

Puedes hacer los cambios en línea en el término de 60 días en One.Walmart.com/Enroll para los siguientes eventos de cambio de selección:

- Adopción
- Nacimiento
- Comienzo de una unión de hecho
- Comienzo de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho
- Muerte de cónyuge/pareja
- Divorcio o separación legal
- Obtención o pérdida de custodia o tutoría legal
- Obtención o pérdida de tu cubierta, la de tus dependientes o la de tu cónyuge/pareja elegible
- Irse de licencia
- Matrimonio
- Regresar de una licencia
- Periodo de inscripción especial
- Finalización de una unión de hecho o
- Finalización de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho.

Para información sobre otros tipos de cambios de selección, llama a tu representante de RH o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**, o a People Services al **800-421-1362**.

Si tu evento de cambio de selección es el nacimiento de un hijo, el Plan aceptará los cargos de facturación del proveedor relacionados con el nacimiento como notificación de que se debe añadir al recién nacido como dependiente en tu cubierta, siempre y cuando dichos cargos se presenten en el término de 60 días a partir del nacimiento.

Si deseas añadir a un dependiente como resultado de un matrimonio, el comienzo de una unión de hecho o el comienzo de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho, pero la persona que deseas añadir como dependiente fallece antes de que hayas notificado el evento de cambio de selección, no se añadirá a la persona a tu cubierta como dependiente.

Si tu cubierta de incapacidad a largo plazo termina debido a que estás en una licencia aprobada o una cesantía temporal que excede los 90 días, no puedes elegir reinscripción en la cubierta de incapacidad a largo plazo hasta que regreses de la licencia o la cesantía, incluso si experimentas un evento de cambio de selección mientras estás en la licencia aprobada o la cesantía temporal. Consulta el capítulo de **Incapacidad a largo plazo** de este *Manual de Beneficios del Asociado*, según corresponda, para obtener información adicional sobre la cubierta de incapacidad a largo plazo cuando una licencia aprobada o cesantía temporal exceda los 90 días.

Si añades cubierta como resultado de un evento de cambio de selección, dicha cubierta entrará en vigor en la fecha del evento. Si te das de baja de la cubierta como resultado de un evento de cambio de selección, dicha cubierta continuará hasta la fecha del evento. Si algún cambio se debe a estar en una licencia sin paga, el cambio entrará en vigor a partir de la fecha en que comienza la licencia. Esto no aplica al seguro de vida opcional para asociados, el seguro de vida opcional para dependientes ni el seguro de incapacidad a largo plazo; consulta las tablas de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** en este capítulo para obtener información sobre las fechas de vigencia.

Si el cambio de selección causa un aumento en tus costos de cubierta, como cuando cambias de una cubierta de asociado solo a una cubierta de asociado + dependientes, las primas aumentadas se deducirán de tu pago de nómina luego de notificar a People Services del evento de cambio de selección y serán retroactivas a la fecha de vigencia de la nueva cubierta. Estas deducciones retroactivas se efectúan después de impuestos.

Si no notificas a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR o a People Services o realizas el cambio en línea en el término de 60 días a partir del evento de cambio de selección, no podrás añadir ni darte de baja de la cubierta hasta el próximo periodo de Inscripción Anual o hasta que ocurra otro evento de cambio de selección. Sin embargo, según se indicó anteriormente en esta sección de **Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual**, cualquier cambio que hagas con relación a un evento de cambio de selección tendrá que estar directamente relacionado con el impacto del evento en tus beneficios. Además, si el evento de

cambio de selección se debe a que tu dependiente dejó de ser elegible, el dependiente perderá el derecho a elegir la cubierta de beneficios médicos o dentales de la Ley COBRA si no notificas a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR o a People Services en el término de 60 días. De igual manera, si el evento de cambio de selección se debe a un divorcio, la finalización de una unión de hecho o la finalización de una relación legal con una persona que no sea tu cónyuge o pareja de hecho, tu excónyuge/pareja perderá el derecho de elegir la cubierta de beneficios médicos o dentales de COBRA si no se notifica a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR o a People Services en el término de 60 días. Consulta el capítulo sobre **COBRA** para obtener información adicional.

Si cambia la clasificación de tu puesto de trabajo

La transición de una clasificación de puesto de trabajo a otra podría afectar tu elegibilidad para ciertos beneficios. Las tablas de las próximas páginas describen los cambios que ocurren como resultado de un cambio de clasificación. Si no te inscribes en algunos beneficios voluntarios cuando primeros seas elegible, pero te inscribes en una fecha posterior, es posible que tengas requisitos adicionales. Para más información, consulta la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** anteriormente en este capítulo y la tabla que corresponde a la nueva clasificación de tu puesto de trabajo.

Si la clasificación de tu puesto cambia de asociado gerencial o asociado no exento a tiempo completo a la de asociado no exento a tiempo parcial o temporero, tu cónyuge/pareja ya no será elegible para la cubierta médica y dental, el seguro opcional para dependientes ni el seguro AD&D. Ya no serás elegible para el seguro de vida patronal u opcional para asociados. Si este cambio da como resultado que tu cónyuge/pareja u otro dependiente pierda su cubierta, consulta el capítulo de **COBRA** para ver cómo tú o tus dependientes elegibles pueden continuar la cubierta médica o dental.

Con la excepción de lo indicado en una de las tablas de la siguiente sección de **Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra** en este capítulo, los cambios de elegibilidad entran en vigor cuando ocurre el traslado (es decir, cuando se ingresa en el sistema de registros de Walmart).

NOTA: Si tu clasificación cambia a la de asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, consulta la sección anterior de este capítulo titulada **Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales**.

Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO NO EXENTO A TIEMPO COMPLETO

Es necesario que efectúes los cambios permitidos mencionados a continuación en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el cual ocurre el traslado. Si no efectúas los cambios, en la mayoría de los casos la próxima oportunidad para hacerlo será durante el próximo periodo de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección válido. Consulta la tabla de **Asociados no exentos a tiempo completo** en la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de este capítulo para ver las reglas que aplican cuando te inscribas o efectúes cambios después de tu periodo de inscripción inicial. La inscripción después del periodo de inscripción inicial podría conllevar requisitos de Evidencia de Buena Salud.

Si comenzaste a ser elegible para los beneficios recientemente mientras estabas clasificado como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero y el periodo de inscripción inicial que te asignaron no ha terminado antes de la fecha del traslado, tu periodo de inscripción inicial no cambiará. Puedes hacer cualquier selección permitida como resultado de tu clasificación como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero hasta el final de tu periodo de inscripción inicial. Las reglas presentadas a continuación aplicarán después de que termine tu periodo de inscripción inicial y por 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

Todos los beneficios permanecerán sujetos a los términos y condiciones descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado de 2025* para Puerto Rico.

Seguro médico, dental y AD&D

Como asociado no exento a tiempo completo, eres elegible para la cubierta de seguro médico, dental y AD&D y puedes inscribir a tus hijos dependientes y cónyuge/pareja.

Si eras elegible para cubierta en la fecha del traslado, no puedes inscribirte en la cubierta para asociado solo como resultado del traslado, porque ya habías tenido la oportunidad de inscribirte como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero.

Sin embargo, puedes inscribirte en la cubierta para asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia para añadir a tu cónyuge/pareja o hijos.

Serás elegible para inscribirte en el plan Elíte de cubierta médica y/o dental.

Si no eras elegible para cubierta en la fecha del traslado, puedes inscribirte en cualquier nivel de cubierta.

Si actúas en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta entrará en vigor según se indica a continuación:

Si no eras elegible para cubierta en la fecha del traslado:

- Si te inscribes en línea, la cubierta entrará en vigor en la fecha en que te inscribes.
- Si te inscribes llenando el formulario de inscripción, puedes optar por una de dos fechas de vigencia, ya sea: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado. Si escoges una fecha de vigencia que no sea la de inscripción, se deducirá de tu paga cualquier prima retroactiva a esa fecha de vigencia.

Si no eras elegible para cubierta en la fecha del traslado:

- Si te inscribes en línea, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del mes en el que cae tu día número 89 de empleo continuo.
- Si te inscribes llenando el formulario de inscripción, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre:
 - el primer día del mes en el que cae tu día número 89 de empleo continuo o
 - una de dos opciones: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado. Si escoges una fecha de vigencia que no sea la de inscripción, se deducirá de tu paga cualquier prima retroactiva a esa fecha de vigencia.

Seguro de vida patronal

Como asociado no exento a tiempo completo, se te inscribirá automáticamente en la cubierta de seguro de vida patronal, que entra en vigor en lo que ocurra más tarde entre:

- 1) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado o 2) el primer día del mes en el que cae tu día número 89 de empleo continuo.

(Continúa en la próxima página)

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO NO EXENTO A TIEMPO COMPLETO (CONTINUACIÓN)

Es necesario que efectúes los cambios permitidos mencionados a continuación en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el cual ocurre el traslado. Si no efectúas los cambios, en la mayoría de los casos la próxima oportunidad para hacerlo será durante el próximo periodo de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección válido. Consulta la tabla de **Asociados no exentos a tiempo completo** en la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de este capítulo para ver las reglas que aplican cuando te inscribas o efectúes cambios después de tu periodo de inscripción inicial. La inscripción después del periodo de inscripción inicial podría conllevar requisitos de Evidencia de Buena Salud.

Si comenzaste a ser elegible para los beneficios recientemente mientras estabas clasificado como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero y el periodo de inscripción inicial que te asignaron no ha terminado antes de la fecha del traslado, tu periodo de inscripción inicial no cambiará. Puedes hacer cualquier selección permitida como resultado de tu clasificación como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero hasta el final de tu periodo de inscripción inicial. Las reglas presentadas a continuación aplicarán después de que termine tu periodo de inscripción inicial y por 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

Todos los beneficios permanecerán sujetos a los términos y condiciones descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para Puerto Rico.

Seguro de vida opcional para asociados y para dependientes

Como asociado no exento a tiempo completo, eres elegible para el seguro de vida opcional para asociados. Puedes también incluir a tus hijos dependientes elegibles y cónyuge /pareja en el seguro de vida opcional para dependientes. Es posible que apliquen requisitos de Evidencia de Buena Salud para ti y para tu cónyuge/pareja, pero no aplican a los hijos.

Si actúas en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta entrará en vigor según se indica a continuación:

- Si te inscribes en la cantidad garantizada para ti o tu cónyuge/pareja, o en cualquier cantidad para tu hijo(a), la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del mes en el que cae tu día número 89 de empleo continuo.
 - Si te inscribes por una cantidad mayor a la garantizada, la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te exigirán o le exigirán a tu cónyuge/pareja una Evidencia de Buena Salud y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico. Si se aprueba, la cubierta en exceso de la cantidad garantizada entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) la fecha en que Prudential aprueba la cubierta para ti o tu cónyuge/pareja o 2) el primer día del mes calendario en el que cae tu día número 89 de empleo continuo.
- Si no se aprueba alguna cubierta en exceso de la cantidad garantizada, tú o tu cónyuge/pareja serán inscritos en la cantidad garantizada y la cubierta entrará en vigor como si se hubiesen inscrito solo para la cantidad garantizada cuando primero fuiste elegible.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Como asociado no exento a tiempo completo serás elegible para cubierta de incapacidad a largo plazo bajo el **plan de incapacidad a largo plazo**.

Si actúas en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta entrará en vigor según se indica a continuación:

- Si te inscribes en línea, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre: 1) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado o 2) el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación.
- Si te inscribes llenando el formulario de inscripción, la cubierta entrará en vigor en lo que ocurra más tarde entre:
 - el aniversario de 12 meses de tu fecha de contratación o
 - una de dos opciones: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O ASOCIADOS TEMPOREROS QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO GERENCIAL

Es necesario que efectúes los cambios permitidos mencionados a continuación en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el cual ocurre el traslado. Si no efectúas los cambios, en la mayoría de los casos la próxima oportunidad para hacerlo será durante el próximo periodo de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección válido. Consulta la tabla de **Asociados gerenciales** en la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de este capítulo para ver las reglas que aplican cuando te inscribas o efectúes cambios después de tu periodo de inscripción inicial. La inscripción después del periodo de inscripción inicial podría conllevar requisitos de Evidencia de Buena Salud.

Si comenzaste a ser elegible para los beneficios recientemente mientras estabas clasificado como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero y el periodo de inscripción inicial que te asignaron no ha terminado antes de la fecha del traslado, tu periodo de inscripción inicial no cambiará. Puedes hacer cualquier selección permitida como resultado de tu clasificación como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero hasta el final de tu periodo de inscripción inicial.

Las reglas presentadas a continuación aplicarán después de que termine tu periodo de inscripción inicial y por 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

Todos los beneficios permanecerán sujetos a los términos y condiciones descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para Puerto Rico.

Seguro médico, dental y AD&D

Como asociado gerencial, eres elegible para la cubierta de seguro médico, dental y AD&D y puedes inscribir a tus hijos dependientes y cónyuge/pareja.

Si eras elegible para cubierta en la fecha del traslado, no puedes inscribirte en la cubierta para asociado solo como resultado del traslado porque ya habías tenido la oportunidad de inscribirte en la cubierta como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero. Sin embargo, puedes inscribirte en la cubierta para asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia para añadir a tu cónyuge/pareja y/o hijos. Si estabas inscrito para **seguro médico** y/o **dental**, tu cubierta cambiará del plan Premium al plan Elite.

Si no eras elegible para cubierta en la fecha del traslado, puedes inscribirte en cualquier nivel de cubierta.

Si actúas en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta entrará en vigor según se indica a continuación:

- Si te inscribes en línea, la cubierta entrará en vigor en la fecha en que te inscribes.
- Si te inscribes llenando el formulario de inscripción, puedes optar por una de dos fechas de vigencia, ya sea: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado. Si escoges una fecha de vigencia que no sea la de inscripción, se deducirá de tu paga cualquier prima retroactiva a esa fecha de vigencia.

Seguro de vida patronal

Como asociado gerencial, se te inscribirá automáticamente en el seguro de vida patronal, que entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

Seguro de vida opcional para asociados y para dependientes

Como asociado gerencial, eres elegible para el seguro de vida opcional para asociados.

Puedes también incluir a tus hijos dependientes elegibles y cónyuge /pareja en el seguro de vida opcional para dependientes. Es posible que apliquen requisitos de Evidencia de Buena Salud para ti y para tu cónyuge/pareja, pero no aplican a los hijos.

Si actúas en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta entrará en vigor según se indica a continuación:

- Si te inscribes en la cantidad garantizada para ti o tu cónyuge/pareja, o en cualquier cantidad para tu hijo(a), la cubierta entrará en vigor en el día en que te inscribes.
- Si te inscribes por una cantidad mayor a la garantizada para ti o tu cónyuge/pareja, la cubierta estará sujeta a la aprobación de Prudential. Te exigirán o le exigirán a tu cónyuge/pareja una Evidencia de Buena Salud y, posiblemente, tendrán que someterse a un examen médico. Si se aprueba, la cubierta en exceso de la cantidad garantizada entrará en vigor en la fecha en que Prudential apruebe tu cubierta o la de tu cónyuge/pareja.

Si no se aprueba alguna cubierta en exceso de la cantidad garantizada, tú o tu cónyuge/pareja serán inscritos en la cantidad garantizada y la cubierta entrará en vigor como si se hubiesen inscrito solo para la cantidad garantizada cuando primero fuiste elegible.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Como asociado gerencial, serás elegible para la cubierta de incapacidad a largo plazo bajo el plan de incapacidad a largo plazo.

Si actúas en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta entrará en vigor según se indica a continuación:

- Si te inscribes en línea, la cubierta entrará en vigor el primer día del periodo de nómina en que ocurre el traslado.
- Si te inscribes llenando el formulario de inscripción, puedes optar por una de dos fechas de vigencia, ya sea: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO QUE SE TRASLADAN A PUESTOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O TEMPOREROS

Es necesario que efectúes los cambios permitidos mencionados a continuación en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el cual ocurre el traslado. Si no efectúas los cambios, en la mayoría de los casos la próxima oportunidad para hacerlo será durante el próximo periodo de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección válido. Consulta la tabla de **Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros** en la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de este capítulo para ver las reglas que aplican cuando te inscribas o efectúes cambios después de tu periodo de inscripción inicial. La inscripción después del periodo de inscripción inicial podría conllevar requisitos de Evidencia de Buena Salud.

Si comenzaste a ser elegible para los beneficios recientemente mientras estabas clasificado como asociado no exento a tiempo completo y el periodo de inscripción inicial que te asignaron no ha terminado antes de la fecha del traslado, tu periodo de inscripción inicial no cambiará. Puedes hacer cualquier selección permitida como resultado de tu clasificación como asociado no exento a tiempo completo hasta el final de tu periodo de inscripción inicial.

Las reglas presentadas a continuación aplicarán después de que termine tu periodo de inscripción inicial y por 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

Todos los beneficios permanecerán sujetos a los términos y condiciones descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para Puerto Rico.

Seguro médico, dental y AD&D

Como asociado no exento a tiempo parcial o temporero que se traslada de una clasificación de asociado no exento a tiempo completo, serás elegible para la cubierta de seguro médico y dental para ti solamente. Las cubiertas de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia no están disponibles para los asociados a tiempo parcial o temporeros. Si estabas inscrito en la cubierta médica y/o dental del plan Elite en la fecha del traslado, la cubierta cambiará automáticamente a la del plan Premium. La cubierta se ajustará a una de asociado solo en el primer día del periodo de nómina en el que ocurra la transición. No obstante, consulta la sección de **Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales** de este capítulo para información importante sobre el periodo de tiempo por el cual sigues siendo elegible para los beneficios médicos y las futuras verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales.

Es posible que tus dependientes cubiertos puedan ser elegibles para cubierta de continuación. Consulta el capítulo sobre **COBRA** en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025.

No podrás hacer cambios a tu cubierta como resultado del traslado porque ya habías tenido la oportunidad de inscribirte como asociado no exento a tiempo completo.

La cubierta de AD&D se cancelará a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurra el traslado.

Seguro de vida patronal

Como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, no serás elegible para el seguro de vida patronal. La cubierta continuará hasta el día justo antes del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado y no estará vigente después de esa fecha. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida patronal a una póliza individual. Consulta el capítulo de **Seguro de vida patronal** en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

Seguro de vida opcional para asociados y para dependientes

Como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, no serás elegible para la cubierta de seguro de vida opcional para asociados, ni del seguro de vida opcional para dependientes para tu cónyuge/pareja o hijos elegibles. Si te has inscrito en el seguro de vida opcional para asociados y/o inscrito a tu cónyuge/pareja y/o hijo dependiente en el seguro de vida opcional para dependientes, la cubierta continuará hasta el día justo antes del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado y no estará vigente después de esa fecha. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida opcional para asociados y/o para dependientes a pólizas individuales. Consulta los capítulos de **Seguro de vida opcional para asociados** y **Seguro de vida opcional para dependientes** en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, no serás elegible para el seguro por incapacidad a largo plazo. Si estabas inscrito en la cubierta de incapacidad a largo plazo en la fecha del traslado, dicha cubierta continuará hasta el día justo antes del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado y no estará vigente después de esa fecha.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO QUE SE TRASLADAN A UN PUESTO GERENCIAL

Es necesario que efectúes los cambios permitidos mencionados a continuación en el término de 60 días a partir del primer día del período de nómina en el cual ocurre el traslado. Si no efectúas los cambios, en la mayoría de los casos la próxima oportunidad para hacerlo será durante el próximo período de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección válido. Consulta la tabla de Asociados gerenciales en la sección de **Asociados gerenciales** en la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de este capítulo para ver las reglas que aplican cuando te inscribas o efectúes cambios después de tu período de inscripción inicial. La inscripción después del período de inscripción inicial podría conllevar requisitos de Evidencia de Buena Salud.

Si comenzaste a ser elegible para los beneficios recientemente mientras estabas clasificado como asociado no exento a tiempo completo y el período de inscripción inicial que te asignaron no ha terminado antes de la fecha del traslado, tu período de inscripción inicial no cambiará. Puedes hacer cualquier selección permitida como resultado de tu clasificación como asociado no exento a tiempo completo hasta el final de tu período de inscripción inicial.

Las reglas presentadas a continuación aplicarán después de que termine tu período de inscripción inicial y por 60 días a partir del primer día del período de nómina en el que ocurre el traslado.

Todos los beneficios permanecerán sujetos a los términos y condiciones descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado de 2025* para Puerto Rico.

Seguro médico, dental y AD&D

Como asociado gerencial, serás elegible para la cubierta de seguro médico, dental y AD&D, y puedes inscribir a tus hijos dependientes y cónyuge/pareja. Además, la cantidad máxima de la cubierta AD&D aumentará a \$1,000,000. No se permitirán cambios como resultado del traslado que no sean los cambios al seguro AD&D para aumentar la cantidad de la cubierta.

Seguro de vida opcional para asociados y para dependientes

Como asociado gerencial, seguirás siendo elegible para el seguro de vida opcional para asociados, pero la cantidad de la cubierta aumentará a \$1,000,000. Aplicarán los requisitos de Evidencia de Buena Salud si aumentas la cubierta.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Seguirás siendo elegible para cubierta de incapacidad a largo plazo bajo el **plan de incapacidad a largo plazo**. La cubierta no cambiará como resultado del traslado y no se permitirán cambios como resultado del traslado.

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SE TRASLADAN A PUESTOS DE ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO PARCIAL O TEMPOREROS

Es necesario que efectúes los cambios permitidos mencionados a continuación en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el cual ocurre el traslado. Si no efectúas los cambios, en la mayoría de los casos la próxima oportunidad para hacerlo será durante el próximo periodo de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección válido. Consulta la tabla de Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros **Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros** en la sección **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** de este capítulo para ver las reglas que aplican cuando te inscribas o efectúes cambios después de tu periodo de inscripción inicial. La inscripción después del periodo de inscripción inicial podría conllevar requisitos de Evidencia de Buena Salud.

Si comenzaste a ser elegible para los beneficios recientemente mientras estabas clasificado como asociado gerencial y el periodo de inscripción inicial que te asignaron no ha terminado antes de la fecha del traslado, tu periodo de inscripción inicial no cambiará. Puedes hacer cualquier selección permitida como resultado de tu clasificación como asociado gerencial hasta el final de tu periodo de inscripción inicial.

Las reglas presentadas a continuación aplicarán después de que termine tu periodo de inscripción inicial y por 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

Todos los beneficios permanecerán sujetos a los términos y condiciones descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para Puerto Rico.

Seguro médico y dental

Como asociado no exento a tiempo parcial o temporero que se traslada a una clasificación de asociado no exento a tiempo completo, serás elegible para la cubierta de seguro médico y dental para ti solamente. Las cubiertas de asociado + cónyuge/pareja, asociado + hijo(s) o asociado + familia no están disponibles para los asociados a tiempo parcial o temporeros. Si estabas inscrito en la cubierta médica y/o dental en la fecha del traslado, la cubierta del plan Elite cambiará automáticamente a la del plan Premium. La cubierta se ajustará a la cubierta de asociado solo el primer día del período de nómina en el que ocurra la transición. No obstante, consulta la sección de **Asociados no exentos a tiempo parcial y asociados temporeros: verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos y dentales** de este capítulo para información importante sobre el periodo de tiempo por el cual sigues siendo elegible para los beneficios médicos y las futuras verificaciones de elegibilidad para los beneficios médicos.

Es posible que tu cónyuge/pareja sea elegible para la cubierta de continuación. Consulta el capítulo sobre **COBRA** en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025.

No podrás hacer cambios a tu cubierta como resultado del traslado porque ya habías tenido la oportunidad de inscribirte como asociado gerencial.

La cubierta de AD&D se cancelará a partir del primer día del período de nómina en el que ocurra el traslado.

Seguro de vida patronal

Como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, no serás elegible para el seguro de vida patronal. La cubierta continuará hasta el día justo antes del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado y no estará vigente después de esa fecha. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida patronal a una póliza individual. Consulta el capítulo de **Seguro de vida patronal** en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

Seguro de vida opcional para asociados y para dependientes:

Como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, no serás elegible para la cubierta de seguro de vida opcional para asociados ni del seguro de vida opcional para dependientes para tu cónyuge/pareja o hijos elegibles. Si te has inscrito en el seguro de vida opcional para asociados y/o inscrito a tu cónyuge/pareja y/o hijo dependiente en el seguro de vida opcional para dependientes, la cubierta continuará hasta el día justo antes del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado y no estará vigente después de esa fecha. Es posible que puedas convertir tu seguro de vida opcional para asociados y/o para dependientes a pólizas individuales. Consulta los capítulos de **Seguro de vida opcional para asociados** y **Seguro de vida opcional para dependientes** en este *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para obtener información sobre cómo solicitar la conversión a una póliza individual.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Como asociado no exento a tiempo parcial o asociado temporero, no serás elegible para el seguro por incapacidad a largo plazo. Si estabas inscrito en la cubierta de incapacidad a largo plazo en la fecha del traslado, dicha cubierta continuará hasta el día justo antes del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado y no estará vigente después de esa fecha.

ASOCIADOS GERENCIALES QUE SE TRASLADAN A PUESTOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO

Es necesario que efectúes los cambios permitidos mencionados a continuación en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el cual ocurre el traslado. Si no efectúas los cambios, en la mayoría de los casos la próxima oportunidad para hacerlo será durante el próximo periodo de Inscripción Anual o cuando experimentes un evento de cambio de selección válido. Consulta la tabla de **Asociados no exentos a tiempo completo** en la sección de **Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo** este capítulo para ver las reglas que aplican cuando te inscribas o efectúes cambios después de tu periodo de inscripción inicial. La inscripción después del periodo de inscripción inicial podría conllevar requisitos de Evidencia de Buena Salud.

Si comenzaste a ser elegible para los beneficios recientemente mientras estabas clasificado como asociado gerencial y el periodo de inscripción inicial que te asignaron no ha terminado antes de la fecha del traslado, tu periodo de inscripción inicial no cambiará. Puedes hacer cualquier selección permitida como resultado de tu clasificación como asociado gerencial hasta el final de tu periodo de inscripción inicial.

Las reglas presentadas a continuación aplicarán después de que termine tu periodo de inscripción inicial y por 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado.

Todos los beneficios permanecerán sujetos a los términos y condiciones descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado de 2025* para Puerto Rico.

Seguro médico, dental y AD&D

Como asociado no exento a tiempo completo, seguirás siendo elegible para la cubierta de seguro médico, dental y AD&D y podrás inscribir a tus hijos dependientes y cónyuge/pareja.

Los beneficios de **seguro médico y/o dental** no cambiarán como resultado del traslado si estabas inscrito en el plan Elite y optas por continuar con él. Puedes cambiar la inscripción del plan Elite al plan Premium como resultado del traslado. Si no estabas inscrito, puedes inscribirte en el plan Premium. No podrás inscribirte en el plan Elite como resultado del traslado porque ya habías tenido la oportunidad de inscribirte como asociado gerencial.

Si estabas inscrito en el **seguro AD&D** por cantidades en exceso de \$200,000, la cubierta se reducirá a \$200,000. No se permitirán más cambios como resultado del traslado.

Si actúas en el término de 60 días a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta entrará en vigor según se indica a continuación:

- Si te inscribes en línea, la cubierta entrará en vigor en la fecha en que te inscribes.
- Si te inscribes llenando el formulario de inscripción, puedes optar por una de dos fechas de vigencia, ya sea: 1) la fecha en que te inscribes o 2) el primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado. Si escoges una fecha de vigencia que no sea la de inscripción, se deducirá de tu paga quincenal cualquier prima retroactiva a esa fecha de vigencia

Seguro de vida opcional para asociados y para dependientes

Como asociado no exento a tiempo completo, seguirás siendo elegible para el seguro de vida opcional para asociados, pero la cantidad de la cubierta se reducirá a \$200,000. Si estabas inscrito en una cantidad de cubierta en exceso de \$200,000 en el día anterior al primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado, la cubierta se reducirá a \$200,000 a partir del primer día del periodo de nómina en el que ocurre el traslado. También seguirás siendo elegible para el seguro de vida opcional para dependientes para tu cónyuge/pareja e hijos dependientes elegibles.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Seguirás siendo elegible para cubierta de incapacidad a largo plazo bajo el **plan de incapacidad a largo plazo**. La cubierta no cambiará como resultado del traslado y no se permitirán cambios como resultado del traslado.

Órdenes de Manutención Médica Calificada de Menores

Si eres elegible para la cubierta bajo el Plan, es posible que te exijan proveer una cubierta para tu hijo(a) conforme a una Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés) o una Orden de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO, por sus siglas en inglés). Una QMCSO es una orden de un tribunal o de una agencia administrativa que exige a un asociado o a otro padre o tutor proveer cubierta médica a sus dependientes elegibles después de un divorcio o un proceso de adjudicación de custodia de menores. La ley federal requiere que el Plan provea beneficios médicos y/o dentales a cualquier dependiente elegible de un participante del Plan obligado a hacerlo por una orden judicial cualificada o una notificación de una agencia de cumplimiento que tenga las cualificaciones de una QMCSO. Una NMSN es una notificación estandarizada de manutención médica usada por las agencias estatales de cumplimiento de manutención de menores que exigen la inscripción de menores en el plan grupal de los patronos. Una NMSN debidamente emitida se considera una QMCSO y deberá ser honrada por todos los planes grupales de salud ofrecidos por los patronos. En esta sección el término QMCSO también se refiere a una NMSN aprobada.

Puedes obtener, gratuitamente, los procedimientos escritos para determinar si una orden cumple con los requisitos federales comunicándote con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

Una vez que el Plan determine que la orden es una QMCSO, la cubierta comenzará el primer día del periodo de nómina en el cual el Plan recibe la orden, a menos que se especifique otra fecha en la misma. Si eres elegible para el plan médico y/o dental y no elegiste cubierta antes del recibo de la orden, tú y tu(s) hijo(s) identificados en la QMCSO serán inscritos en el plan predeterminado con cubierta de asociado + hijo(s), a menos que la QMCSO especifique lo contrario.

Cuando te inscriban en el plan predeterminado, lo harán con la tarifa para personas que usan tabaco. Si no usas tabaco, debes llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** o a People Services al **800-421-1362** en el término de 60 días partir de la fecha de la carta de Servicios de Apoyo Médico para solicitar un cambio en el estatus del uso

de tabaco y obtener la tarifa más baja. Consulta la información sobre tarifas relacionadas con el uso del tabaco en la sección de **El pago de tus beneficios** de este capítulo para información adicional sobre cómo obtener tarifas para asociados “libre de tabaco”, incluida la disponibilidad de un estándar de alternativa razonable para obtener dichas tarifas.

Si fuiste inscrito para la cubierta antes del recibo de la orden, tu hijo(a) será añadido(a) a la cubierta actual.

Tendrás 60 días para llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** o a People Services al **800-421-1362** para seleccionar un plan médico alternativo.

Cuando el Plan reciba un QMCSO, aplicará las reglas a continuación:

- Si el Plan recibe una QMCSO cuando ya eres elegible pero antes de satisfacer el periodo de espera inicial para la cubierta médica, la orden se aplicará cuando hayas cumplido con dicho periodo, sujeto a los términos aplicables del Plan.
- Si no eres elegible para la cubierta cuando el Plan reciba una QMCSO, se rechazará la orden.
- Si no eres elegible para la cubierta cuando el Plan reciba una QMCSO pero subsiguientemente adquieres elegibilidad, el Plan exigirá una nueva QMCSO antes de que pueda entrar en vigor la cubierta de tu dependiente.
- Si eres elegible para la cubierta cuando el Plan reciba una QMCSO y luego pierdes la elegibilidad y subsiguientemente la vuelves a adquirir, el Plan exigirá una nueva QMCSO antes de que pueda entrar en vigor la cubierta para tu dependiente. Este requisito aplicará en las situaciones a continuación:
 - Si pierdes elegibilidad debido a incumplimiento con el pago de las primas
 - Si pierdes elegibilidad como resultado de un cambio en tu estatus de empleo
- Si eres elegible para cubierta y tienes una QMCSO vigente, y das por terminado tu empleo pero te recontractan y vuelves a ser elegible, el Plan exige una nueva QMCSO antes de que pueda entrar en vigor la cubierta.

Cuando el administrador externo haga cumplir la cubierta para un dependiente con una orden judicial, la información relacionada con dicho dependiente se compartirá únicamente con el custodio legal. Contacta a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** si tienes alguna duda.

DAR DE BAJA O CAMBIAR UNA CUBIERTA EXIGIDA POR UNA QMCSO

Puedes darte de baja de la cubierta ordenada por la QMCSO para los menores identificados en una QMCSO cuando aplique lo siguiente:

- La QMCSO fue finalizada por una orden de un tribunal o de una agencia administrativa: tendrás que solicitar el cambio en el término de 60 días (como cuando la QMCSO ya no sea apropiada).

EJEMPLOS:

- No tenías cubierta médica antes de que un tribunal emitiera una QMCSO, la cual exige que tengas cubierta para ti y para el menor. Conforme a la QMCSO, te inscriben a ti y al menor en la cubierta médica del Plan. Debido a un cambio en las circunstancias, la QMCSO se finaliza prospectivamente. El día después de finalizada la QMCSO, solicitas darte de baja de la cubierta tuya y del menor. El Plan te permite dar de baja de la cubierta al menor que era sujeto del QMCSO a partir de la fecha en que se finaliza la QMCSO. Sin embargo, solo puedes darte de baja de la cubierta para asociados durante el periodo de Inscripción Anual, a menos que ocurra otro viento de cambio de selección.
- Estás inscrito en la cubierta médica en el momento en que se emite una QMCSO para tu hijo(a). Conforme a los términos de la QMCSO, te inscriben a ti y al menor en la cubierta médica. Debido a un cambio en las circunstancias, la QMCSO se finaliza prospectivamente. El día después de finalizada la QMCSO, solicitas darte de baja de la cubierta tuya y del menor. El Plan te permite dar de baja la cubierta para el menor que era sujeto del QMCSO a partir de la fecha en que se finaliza la QMCSO. Sin embargo, solo puedes darte de baja de la cubierta para asociados durante el periodo de Inscripción Anual, a menos que ocurra otro viento de cambio de selección.
- La QMCSO es revocada por una orden de un tribunal o de una agencia administrativa (por ej., una agencia determina que la orden no es válida).
 - **EJEMPLO:** No tenías cubierta médica antes de que un tribunal emitiera una QMCSO, la cual exige que tengas cubierta para ti y para el menor. Conforme a la QMCSO, te inscriben a ti y al menor en la cubierta médica del Plan. A los seis meses, el tribunal determina que había emitido una QMCSO errónea y emite una “orden de revocación” que retira la QMCSO retroactivamente. El

plan te permite regresar al estatus “sin cubierta” a partir de la primera fecha de inscripción tuya y de tu hijo(a) y reembolsa las primas que hayas pagado. Te exigirán que pagues el costo de los beneficios que el Plan haya pagado en nombre tuyo y del menor durante el periodo para el cual se revoca la cubierta y se reembolsan las primas. Llama al administrador externo al número de teléfono indicado al dorso de la tarjeta de ID del Plan para obtener más información sobre este proceso.

- El menor que era objeto de la orden judicial alcanza la edad identificada para la terminación de la cubierta por el estado que emite la orden judicial. Contacta a la agencia estatal a cargo del cumplimiento de la manutención de menores para obtener los detalles.

Si la QMCSO es finalizada por una orden de un tribunal o de una agencia administrativa, la vigencia de la orden terminará en la fecha especificada en la orden o en el primer día del periodo de nómina en el que el Plan recibe la orden, lo que ocurra más tarde. La orden finaliza automáticamente pero la cubierta para el menor no. Recibirás una carta de notificación de Servicios de Apoyo Médico de que la orden ha finalizado y tendrás 60 días a partir de la fecha de la notificación para llamar a People Services y dar de baja de la cubierta del menor.

La cubierta del menor no se dará por terminada a menos que Servicios de Apoyo Médico haya recibido evidencia satisfactoria por escrito de que:

- La QMCSO ya no está en vigor o
- El menor está o será inscrito en una cubierta comparable que entrará en vigor no más tarde de la fecha en que el menor pierda la cubierta bajo el Plan.

Cuando una QMCSO finalice, no podrás darte de baja de tu propia cubierta ni de la cubierta de cualquier otro dependiente a menos que ocurra un cambio de estatus para ti o tus otros dependientes, o durante el periodo de Inscripción Anual. Sin embargo, puedes cambiar tu opción de plan médico llamando a People Services siempre y cuando solicites el cambio en el término de 60 días a partir de la carta de notificación.

Si se recibe una orden para revocar la cubierta, esta será retirada retroactivamente y regresarás al estatus de cubierta que tenías antes de entrar en vigor la QMCSO, en la medida que lo permita la ley.

Cuándo termina la cubierta del Plan

La cubierta del Plan de Salud y Bienestar para Asociados para ti y tus dependientes terminará en lo que ocurra primero entre:

- La terminación de tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento
- En la fecha de tu muerte (del asociado), para ti y tus dependientes
- En la fecha de la muerte de un dependiente
- En la fecha en la que tú, tu cónyuge/pareja o hijo(a) dependiente deja de ser elegible
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio
- Al momento de una tergiversación o presentación fraudulenta de una reclamación de beneficios o elegibilidad
- Al momento de un acto de fraude o una declaración errónea de un hecho material o
- Cuando te des de baja de la cubierta voluntariamente.

En el caso de que cambie la clasificación de tu puesto de trabajo, consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) en este capítulo para información sobre cualquier efecto en tu cubierta.

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

- **Después de un evento de cambio de selección:**
 - Si te das de baja de la cubierta en una sesión de inscripción en línea, la cubierta para todos los beneficios excepto incapacidad a largo plazo y a corto plazo continuará hasta la fecha del evento. La cubierta de incapacidad a largo plazo y a corto plazo continuará hasta la fecha de la sesión de inscripción en línea.
 - Si te das de baja de la cubierta llamando a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR o a People Services, la cubierta de todos los beneficios continua hasta el día del evento.

Consulta [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en este capítulo para más información.

- **En la Inscripción Anual:** La cubierta continúa hasta el 31 de diciembre del año en curso que incluye el periodo de Inscripción Anual.

El plan médico

El Plan Médico para Asociados (PMA)	46
¿Qué se incluye en la cubierta del Plan Médico para Asociados?	46
Centros de Excelencia para la fertilidad y la formación de familias	46
Cómo presentar una reclamación médica	47
Si tienes cubierta con más de un plan médico	48
Interrupción en la cubierta	50
Cuándo termina la cubierta médica	50
Si te vas de Walmart y te recontratan	50
Información adicional sobre el plan médico	51

La información incluida en este capítulo y en el Certificado de Beneficio por separado describe los beneficios médicos que podrías acceder si:

- Eres un asociado no exento, temporero o exento (gerencial) elegible
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo y
- Te has inscrito a tiempo

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta.

El plan médico

RECURSOS			
Encuentra lo que necesitas	En línea	Por teléfono:	Otros recursos
Administrador externo: beneficios médicos MCS Life Obtener un directorio de la red de proveedores	Visita mcs.com.pr	Servicio al cliente: 855-830-9887 o 787-945-1348 (TTY/TDD 866-627-8182) Llama al número de teléfono del localizador de proveedores que aparece en la tarjeta de ID del plan	MCS Life Customer Service Division P.O. Box 3547 San Juan, Puerto Rico 00919-3547
Averiguar el costo de la cubierta médica	Visita One.Walmart.com	Llama a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065	
Plan de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés)		Llama a MCS Life al 855-830-9887 o 787-945-1348 (TTY/TDD 866-627-8182)	
Administrador externo: beneficios de farmacia MC-Rx	mc-rx.com	855-252-2292	MC-Rx Customer Service Department Call Box 4908 Caguas, Puerto Rico 00908
Kindbody Beneficios de formación de familias Solicitar una copia impresa de este <i>Manual de Beneficios del Asociado</i> de 2025	Visita Kindbody.com/WalmartPR	855-454-7663	Correo electrónico: Walmart@kindbody.com
		Llama a People Services al 800-421-1362	

Lo que debes saber sobre los beneficios médicos

- La cubierta médica se ofrece por medio de MCS Life.
- La cubierta de farmacia se ofrece por medio de MC-Rx y se incluye si eliges la cubierta médica.
- Los asociados gerenciales cuentan con el plan “Elite”.
- Los asociados a tiempo completo escogen entre el plan “Elite” y el plan “Premium”.
- Los asociados a tiempo parcial y temporeros cuentan con el plan “Premium”.

El Plan Médico para Asociados (PMA)

En Puerto Rico, la administración del Plan Médico para Asociados está a cargo de un administrador externo, MCS Life, que toma las determinaciones sobre las reclamaciones médicas basándose en la póliza médica del Plan, maneja las llamadas y procesa las reclamaciones. Este administrador externo también ofrece una red de proveedores que cobran tarifas de descuento a los participantes del Plan.

La cubierta de farmacia se ofrece por medio de MC-Rx y se incluye si eliges la cubierta médica.

El administrador externo no asegura ninguno de los beneficios médicos del PMA. Consulta la tabla de [Recursos](#) al principio de este capítulo para ver el nombre y la dirección del administrador externo. Además, la tarjeta de ID del plan médico incluye la dirección y/o el número de Servicio al Cliente que puedes llamar para obtener información.

El beneficio médico se describe en un libro aparte que te enviará el administrador externo. Ese libro, titulado Certificado de Beneficios, junto con las disposiciones adicionales expuestas aquí y en los capítulos de [Reclamaciones y apelaciones](#) e [Información legal](#), el documento WRAP y el capítulo sobre [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) constituyen el Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan para el beneficio médico.

Para obtener información detallada sobre lo que cubre el Plan, consulta el Certificado de Beneficios proporcionado por MCS Life.

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

El PMA paga los beneficios de los gastos cubiertos, que son los cargos por concepto de procedimientos, servicios, equipos y suministros definidos por el Plan con las siguientes características:

- No exceden el cargo máximo permitido, que es determinado por el administrador externo
- Son médicamente necesarios (según se describe a continuación) y
- No exceden los límites del Plan.

MEDICAMENTE NECESARIO

Médicamente necesario, por lo general, significa que el PMA ha determinado que el procedimiento, servicio, equipo o suministro:

- Es adecuado para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de una condición médica

- Se brinda para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de la condición médica
- Está dentro de las normas de buena práctica médica y de la comunidad médica organizada
- No es principalmente para la conveniencia del paciente o el médico u otro proveedor del paciente y
- Es el procedimiento, servicio, equipo o suministro más apropiado (según se describe abajo) que puede ofrecerse con seguridad.

"Más adecuado" significa que:

- Existe evidencia científica válida (por ej., según MCG, antes las Milliman Care Guidelines) que demuestra que los beneficios médicos esperados del procedimiento, servicio, equipo o suministro son significativos desde el punto de vista clínico y producen mayor probabilidad de beneficio que otras alternativas posibles, sin un riesgo de daños o complicaciones desproporcionadamente mayor para el participante del PMA con la condición médica particular que se está tratando
- Se han intentado formas generalmente aceptadas de tratamiento que son menos invasivas y se ha encontrado que son ineficaces o de otra forma inadecuadas y
- En el caso de hospitalizaciones, es necesario dar cuidado médico de urgencia como paciente interno dado el tipo de servicio que recibe el participante del Plan o la gravedad de la condición médica, y la persona no puede recibir una atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intensivo.

Centros de Excelencia para la fertilidad y la formación de familias

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

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

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

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

La cubierta incluye los siguientes servicios de fertilidad integrales:

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

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

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

Cómo presentar una reclamación médica

Si usas un proveedor de la red, por lo general el proveedor presentará la reclamación en tu nombre. Si usas un proveedor fuera de la red, es posible que tengas que presentar la reclamación. Si tienes que presentar la reclamación por tu cuenta, la misma debe incluir la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Nombre, dirección y número de identificación de contribuyente del proveedor
- La identificación del seguro del asociado (consulta la tarjeta de ID del plan médico)
- Fecha del servicio
- Cantidad de los cargos
- Códigos de procedimientos médicos (deben aparecer en la factura) y
- Diagnóstico.

Consulta la tabla de **Recursos** al principio de este capítulo para ver la dirección correcta para enviar la reclamación. De no enviar la reclamación por correo a la dirección correcta, esta podría denegarse.

Además, puedes llenar un formulario de reclamación en cualquier oficina de MCS Life.

Si no presentas o el proveedor no presenta la reclamación en el término de 12 meses a partir de la fecha del servicio, la reclamación será denegada.

Hay leyes que rigen la revisión de las reclamaciones.

Las reclamaciones se determinarán en los mismos periodos de tiempo y según los mismos requisitos indicados en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**.

Cuando incurras en gastos médicos y se presente una reclamación, los beneficios por servicios de la red se pagarán directamente al proveedor. El pago al proveedor releva al Plan de la obligación de pagarle el beneficio al asociado.

Si utilizas un proveedor fuera de la red, el pago podría ir directamente a ti cuando muestres prueba del pago total al proveedor. Dicho pago será lo que sea menor entre el costo del servicio prestado y la tarifa que se le pagaría a un proveedor de la red por el mismo servicio, después de aplicarse el copago o coaseguro correspondiente. También se puede hacer el pago a un proveedor fuera de la red que acepte asignaciones, siempre que lo autorices expresamente. Tu proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, no puede presentar apelaciones en tu nombre a menos que lo designes como representante autorizado, según se describe en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones** excepto cuando lo exige la ley estatal de Medicaid o una Orden de Manutención Médica Calificada de Menores. Ten presente que cualquier pago directo efectuado por el Plan al proveedor es únicamente para conveniencia tuya.

Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada. Consulta el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#) para ver los detalles.

Si tienes cubierta con más de un plan médico

El PMA tiene el derecho de coordinar con otros planes con los cuales tienes cubierta para que los beneficios médicos totales por pagar no excedan el nivel de beneficios pagadero según el PMA. "Otros planes" significa los siguientes tipos de cubierta médica:

- La cubierta de un programa gubernamental provisto o exigido por ley, que incluye la ACA, en la medida que lo requiera un estatuto de seguro para vehículos de motor o una ley similar en las pólizas o los contratos
- Un seguro grupal u otra cubierta para grupos de personas, que incluye la cubierta de otro plan patronal o una cubierta estudiantil obtenida a través de una institución educativa
- Cubiertas de planes de fideicomisos laborales, planes de sindicatos, planes de organizaciones patronales o planes de organizaciones de beneficios laborales
- Cubiertas de planes gubernamentales como Medicare o TRICARE, pero sin incluir los planes estatales de Medicaid o cualquier plan gubernamental cuando, por ley, los beneficios sean secundarios a los de cualquier seguro privado de un programa no gubernamental y
- Pólizas o planes privados o de asociaciones para el reembolso de gastos médicos calificados por grupos o individuos.

Si tienes cubierta con más de un plan, se designa a uno de ellos como plan primario. El plan primario paga primero e ignora los beneficios pagaderos por otros planes al determinar los beneficios. Cualquier otro plan se designa como plan secundario que paga los beneficios después del plan primario. Un plan secundario reduce sus beneficios según los beneficios pagaderos bajo "otros planes" y podría limitar los beneficios que paga.

Deberás observar los términos del seguro primario a fin de que el PMA pague como pagador secundario. Estas reglas aplican independientemente de si se presenta o no una reclamación al otro plan. Si no se presenta una reclamación al otro plan y el otro plan es el primario, se retrasarán o denegarán los beneficios del PMA hasta que se reciba una explicación de los beneficios que muestre una reclamación hecha al plan primario.

El PMA no coordinará como pagador secundario ningún copago que hagas con relación a otro plan o con relación a reclamaciones de medicamentos con receta.

Si resides en Puerto Rico, donde es obligatoria la cubierta de ACA, la cubierta de protección contra lesiones personales o la cubierta para pagos médicos, dicha cubierta es primaria y el PMA es secundario. El PMA reduce los beneficios en una cantidad igual a, pero no menor de, el requisito mínimo obligatorio del estado.

Otras reglas:

- El PMA tiene primera prioridad con relación a su derecho de reducción, reembolso y subrogación.
- El PMA no coordinará beneficios con una HMO o plan similar de atención médica administrada en la que solo pagas un copago o una cantidad fija en dólares.

CÓMO SE COORDINA EL PMA CON OTROS PLANES

	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Si otro plan paga como primario al:	80%	80%	0%
Y el pago del PMA es de:	75%	100%	80%
El beneficio total del PMA es de:	0%	20%	80%

CÓMO SE DETERMINA CUAL PLAN ES EL PRIMARIO

Un plan sin una cláusula de coordinación siempre es el primario. El PMA tiene una cláusula de coordinación. Si todos los planes tienen una cláusula de coordinación, aplicará lo siguiente:

- El PMA siempre es pagador secundario a la cubierta de ACA y de cualquier cubierta de protección contra lesiones personales y de pagos médicos que tengas disponible. En el caso de que el PMA pague beneficios como resultado de lesiones o enfermedades sufridas por ti, y otra parte (por ejemplo, una compañía de seguro) tiene la responsabilidad primaria de cubrir tus gastos médicos, el PMA tiene derecho a un reembolso de los beneficios. Consulta el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#) para obtener más información.
- El plan que cubre al participante que origina la reclamación, que no sea un dependiente, paga primero y el otro plan paga segundo.
- Si el participante tiene cubierta de un plan médico para jubilados que incluye una cláusula de coordinación de beneficios, registrará la cláusula.
- En el caso de reclamaciones para hijos dependientes, el plan del padre/madre cuyo cumpleaños ocurre primero durante el año calendario es el primario.

- Cuando los cumpleaños de ambos padres ocurren el mismo día, el plan que haya cubierto al dependiente por un periodo más largo de tiempo es el primario.
- Cuando los padres de un menor dependiente se divorcian o se separan, o cuando termina la unión de hecho o relación legal, y el padre/madre que tiene la custodia no se ha vuelto a casar, el plan de ese padre/madre es el primario.
- Cuando el padre/madre que tiene la custodia se ha vuelto a casar o ha comenzado una unión de hecho con otra persona, el plan de ese padre/madre es el primario, el plan del padrastro o la madrastra es secundario y el plan del padre/madre que no tiene la custodia pagará último.
- En el caso de que exista un decreto del tribunal que establezca la responsabilidad económica de los gastos médicos del menor, el plan que cubre al padre/madre con dicha responsabilidad económica es el primario.
- Si estas reglas no establecen el orden de determinación de beneficios, el plan que haya cubierto por un periodo más largo de tiempo al participante que origina la reclamación será el primario.
- Si tu cubierta se provee conforme a un derecho de continuación de cubierta bajo la ley federal o estatal (por ejemplo, la Ley COBRA), y también tienes otro plan que te cubre como empleado, asegurado, suscriptor o jubilado (o como dependiente de esa persona) este último plan es el primario, y la cubierta de continuación es secundaria. Si el otro plan no tiene esta regla y los planes no se ponen de acuerdo en cuanto al orden de los beneficios, esta regla no aplicará.

SI TÚ O TU DEPENDIENTE TIENE CUBIERTA DE MEDICAID

Si tú o tu dependiente es participante del PMA y también tiene cubierta de Medicaid, el PMA pagará antes de Medicaid. El PMA no tendrá en cuenta la cubierta de Medicaid para fines de inscripción o pago de beneficios.

Si, mientras tienes cubierta de Medicaid, el PMA tiene que pagar beneficios, pero el plan estatal los paga primero, el pago del PMA se efectuará conforme a cualquier ley estatal pertinente que disponga que el pago se hará al estado.

SI ERES ELEGIBLE O UN DEPENDIENTE ES ELEGIBLE PARA MEDICARE O ESTÁ INSCRITO EN MEDICARE

Si estás inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare, no calificas para inscribirte en el PMA. Si tu dependiente está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare y tú no, podrás inscribirte en el PMA, pero tu dependiente no sería elegible para dicha cubierta.

En general, la Ley de Seguro Social exige que el PMA sea el pagador primario si tú o tu dependiente es elegible o está inscrito en la Parte A o las Partes A y B de Medicare y cumple con uno de los criterios a continuación:

- Eres empleado de Walmart en la actualidad y tienes 65 años o más
- Eres empleado de Walmart en la actualidad y tu cónyuge/ pareja tiene 65 años o más
- Eres un participante activo o un participante de COBRA con derecho a Medicare por motivo de enfermedad renal en etapa terminal, pero solo para el primer periodo de 30 meses de elegibilidad para la cubierta de Medicare (ya sea que estés en efecto inscrito o no en Medicare durante todo este periodo)
- Tienes menos de 65 años y tienes derecho a Medicare debido a una incapacidad, y tienes cubierta del PMA debido a tu empleo con Walmart o
- Tu dependiente tiene menos de 65 años y tiene derecho a Medicare debido a una incapacidad, y tiene cubierta del PMA debido a tu empleo con Walmart.

El PMA será secundario si tú o tu dependiente está inscrito en Medicare y cumple con uno de los criterios a continuación:

- Tú o tu dependiente es un participante de COBRA, excepto en el caso de inscripción en Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal, para lo cual el PMA es el plan primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para cubierta de Medicare o
- Tú o tu dependiente es un participante activo o participante de COBRA con derecho a Medicare por motivo de enfermedad renal en etapa terminal, después de agotarse el periodo de coordinación de 30 meses de Medicare.

SI TIENES 65 AÑOS O MÁS Y ERES UN ASOCIADO ACTIVO

Si aún trabajas para Walmart, puedes continuar tu cubierta del PMA. Si también tienes Medicare, el PMA por lo general será el plan primario y Medicare será el secundario. Debes presentar la reclamación al PMA primero.

También puedes elegir darte de baja de la cubierta del PMA y escoger Medicare como cubierta primaria. Si escoges Medicare como cubierta primaria, no puedes elegir el PMA como plan secundario.

CUBIERTA DE ACAA, POR LESIONES PERSONALES O PARA PAGOS MÉDICOS EXIGIDA POR EL ESTADO

Si resides en Puerto Rico, donde es obligatoria la cubierta de la ACAA, la cubierta de protección contra lesiones personales o la cubierta para pagos médicos, dicha cubierta es primaria y el PMA es secundario. El PMA reduce los beneficios en una cantidad igual a, pero no menor de, el requisito mínimo obligatorio del estado.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro médico a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el cheque de nómina no es suficiente para pagar toda tu parte del costo de la cubierta (por ejemplo, después de una reducción de horas). No efectuar los pagos de las primas a la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios y/o una interrupción en la cubierta.

Para ver los detalles sobre el impacto que podría tener una interrupción en la cubierta y sobre cómo efectuar pagos personales para continuar con la cubierta, consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) y la sección titulada [Cómo mantener las primas al día](#).

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Cuándo termina la cubierta médica

La cubierta termina en tu último día de empleo o cuando dejes de ser elegible según los términos del PMA. La cubierta de tus dependientes termina cuando termine tu cubierta o cuando el dependiente ya no sea elegible (según se define en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#)). Tú y/o los miembros de tu familia inscritos podrían ser elegibles para la continuación de cubierta bajo la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1985, según enmendada (Ley COBRA). Consulta el capítulo sobre la cubierta de [COBRA](#) para ver los detalles.

Si la cubierta se cancela debido a que no hiciste los pagos requeridos de las primas, la cubierta termina en la fecha de cancelación. Consulta [El pago de tus beneficios](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información. No existe el derecho a la continuación de cubierta de COBRA cuando la cubierta se cancela debido al incumplimiento en el pago de las aportaciones requeridas.

En el caso de que cambie la clasificación de tu puesto de trabajo, consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para información sobre cualquier efecto que pueda tener en tu cubierta.

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

- Después de un evento de cambio de selección: La cubierta termina en la fecha de vigencia del evento. Consulta la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** La cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si te vas de Walmart y te recontractan

Si se da por terminado tu empleo y regresas al trabajo en el término de 13 semanas, se te reinscribirá automáticamente en la cubierta anterior (o la cubierta más similar ofrecida por el PMA). Si regresas después de 30 días pero en el término de 13 semanas, tendrás 60 días después de regresar al trabajo para darte de baja de la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente.

Si regresas al trabajo y te reinscribes después del término de 13 semanas, te considerarán recién elegible y podrás reinscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Información adicional sobre el plan médico

LEY DE SALUD DE LA MUJER Y DERECHOS DE PACIENTES DE CÁNCER DE 1988

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

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

Dicha cubierta podría estar sujeta a deducibles anuales y cláusulas de coaseguro según se consideren apropiadas y sean compatibles con lo establecido por otros beneficios del Plan o la cubierta. Se entregará a la paciente notificación escrita de la disponibilidad de dicha cubierta al momento de inscripción y anualmente en adelante. Para obtener información adicional, llama al **855-830-9887** o al **787-945-1348**.

El plan dental

Administración del plan dental	54
Cómo presentar una reclamación dental	54
Interrupción en la cubierta	55
Cuándo termina la cubierta dental	56
Si te vas de compañía y te recontratan	56

La información incluida en este capítulo y en el Certificado de Beneficios por separado describe los beneficios dentales que podrías acceder si:

- Eres un asociado no exento, temporero o exento (gerencial) elegible
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo y
- Te has inscrito a tiempo.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta.

El plan dental

Los dientes son muy importantes para tu salud en general. El plan dental ofrece cubierta para una gama amplia de servicios dentales a fin de ayudarte a proteger una de tus cualidades personales y profesionales más valiosas: tu sonrisa.

RECURSOS			
Encuentra lo que necesitas	En línea	Por teléfono	Otros recursos
Obtener una lista de dentistas de la red de proveedores	Visita deltadentalpr.com	Servicio al cliente: 855-359-6409	Delta Dental of Puerto Rico P.O. Box 9020992 San Juan, Puerto Rico 00902-0992
Aclarar dudas sobre las reclamaciones dentales y comunicarte con Servicio al Cliente de Delta Dental	Visita deltadentalpr.com	Llama al número de teléfono del localizador de proveedores que aparece en la tarjeta de ID del plan médico: 855-359-6409	
Obtener un formulario de reclamación si usas un dentista fuera de la red		Llama al número de teléfono del localizador de proveedores que aparece en la tarjeta de ID del plan médico: 855-359-6409	Contacta al representante de RH

Lo que debes saber sobre el plan dental

- La cubierta dental se ofrece por medio de Delta Dental of Puerto Rico.
- Los asociados gerenciales cuentan con el plan “Elite”.
- Los asociados a tiempo completo escogen entre el plan “Elite” y el plan “Premium”.
- Los asociados a tiempo parcial y temporeros cuentan con el plan “Premium”.

Administración del plan dental

En Puerto Rico, la administración del plan dental está a cargo de un administrador externo, Delta Dental of Puerto Rico, que toma las determinaciones sobre las reclamaciones dentales según la póliza dental del Plan, maneja las llamadas y procesa las reclamaciones. Este administrador externo también ofrece una red de proveedores que cobran tarifas de descuento a los participantes del Plan.

El administrador externo no asegura ninguno de los beneficios dentales del Plan. Consulta la tabla de [Recursos](#) al principio de este capítulo para ver el nombre y la dirección del administrador externo.

El beneficio dental se describe en un libro aparte que te enviará del administrador externo. Ese libro, el Certificado de Beneficios, junto con las disposiciones adicionales expuestas aquí y en los capítulos de [Reclamaciones y apelaciones](#) e [Información legal](#) el Documento de Resumen (WRAP) y el capítulo sobre [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) constituyen el Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan para el beneficio dental.

Para obtener información detallada sobre lo que cubre el Plan, consulta el Certificado de Beneficios proporcionado por Delta Dental.

Los asociados no exentos a tiempo completo son elegibles para inscribirse en el plan dental Elite o el Premium. Los asociados no exentos a tiempo parcial o los asociados temporales son elegibles para inscribirse en el plan dental Premium. Los asociados gerenciales son elegibles para inscribirse en el plan dental Elite. Para obtener información detallada sobre los beneficios cubiertos y la cubierta máxima por asegurado, consulta el último Certificado de Beneficios.

Cuando te inscribas en el plan dental, también seleccionarás a los miembros elegibles de tu familia para los cuales deseas cubierta:

- Asociado solo
- Asociado + cónyuge/pareja
- Asociado + hijo(s) o
- Asociado + familia.

Para obtener información sobre la elegibilidad de los dependientes y cuándo estos pueden inscribirse, consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Cómo presentar una reclamación dental

Si usas un dentista de la red de proveedores, por lo general el dentista presentará la reclamación en tu nombre. Si usas un dentista fuera de la red, es posible que tengas que presentar la reclamación. El dentista puede recibir el pago directamente del plan dental si está dentro de la red. Si utilizas un dentista fuera de la red, el pago irá directamente a ti.

Tú o tu proveedor dental deberá presentar la reclamación en el término de 12 meses o esta se denegará. Envía la reclamación por correo a:

Delta Dental of Puerto Rico
P.O. Box 9020992
San Juan, Puerto Rico 00902-0992

De no enviar la reclamación por correo a la dirección correcta, esta podría denegarse.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DE RECETAS DENTALES

Si no tienes cubierta médica con el Plan, no tendrás cubierta para recetas dentales con el plan. Si tienes cubierta médica con el Plan, tus recetas dentales tendrán la misma cubierta que las recetas médicas.

SI TIENES CUBIERTA CON MÁS DE UN PLAN DENTAL

Si tienes o un miembro de tu familia tiene cubierta con el plan dental y también con otro plan dental (por ejemplo, el plan patronal de tu cónyuge/pareja), es posible que aplique la coordinación de beneficios. El plan dental tiene el derecho de coordinar con otros planes que te cubren a fin de que el total de los beneficios dentales por pagar no excedan del nivel de beneficios de otra forma pagaderos por el plan dental.

Si tienes cubierta con más de un plan, se designa a uno de ellos como plan primario. El plan primario paga primero e ignora los beneficios pagaderos por otros planes al determinar los beneficios. Cualquier otro plan se designa como plan secundario que paga los beneficios después del plan primario. Un plan secundario reduce sus beneficios por la cantidad de beneficios pagaderos por "otros planes" y podría limitar los beneficios que paga.

Deberás observar los términos del seguro primario a fin de que el plan dental pague como pagador secundario.

Estas reglas aplican independientemente de si se presenta o no una reclamación al otro plan. Si no se presenta una reclamación, se retrasarán o denegarán los beneficios del plan dental hasta que se reciba una explicación de los beneficios que muestre una reclamación hecha al plan primario.

CÓMO SE COORDINA EL PLAN DENTAL CON OTROS PLANES			
	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Si otro plan paga como primario al:	80%	80%	0%
Y el pago del plan dental es de:	80%	100%	80%
El beneficio total del plan dental es de:	0%	20%	80%

CÓMO SE DETERMINA CUÁL PLAN ES EL PRIMARIO

Un plan sin una cláusula de coordinación siempre es el primario. El plan dental tiene una cláusula de coordinación. Si todos los planes tienen una cláusula de coordinación, aplicará lo siguiente:

- El plan que cubre al participante que origina la reclamación, que no sea un dependiente, paga primero y el otro plan paga segundo.
- En el caso de reclamaciones para hijos dependientes, el plan del padre/madre cuyo cumpleaños ocurre primero durante el año calendario es el primario.
- Cuando los cumpleaños de ambos padres ocurren el mismo día, el plan que haya cubierto al dependiente por un periodo más largo de tiempo es el primario.
- Cuando los padres de un hijo dependiente se divorcian o se separan, o cuando termina la unión de hecho o relación legal, y el padre/madre que tiene la custodia no se ha vuelto a casar, el plan de ese padre/madre es el primario.
- Cuando el padre/madre que tiene la custodia se ha vuelto a casar o ha comenzado una unión de hecho con otra persona, el plan de ese padre/madre es el primario, el plan del padrastro o la madrastra es secundario y el plan del padre/madre que no tiene la custodia pagaría último.

- En el caso de que exista un decreto del tribunal que establezca la responsabilidad económica de los gastos médicos del menor, el plan que cubre al padre/madre con dicha responsabilidad económica es el primario.
- Si estas reglas no establecen el orden de determinación de beneficios, el plan que haya cubierto por un periodo más largo de tiempo al participante que origina la reclamación será el primario.

Si tu cubierta se provee conforme a un derecho de continuación de cubierta bajo la ley federal o estatal (por ejemplo, la Ley COBRA), y también tienes otro plan que te cubre como empleado, asegurado, suscriptor o jubilado (o como dependiente de esa persona) este último plan es el primario, y la cubierta de continuación es secundaria. Si el otro plan no tiene esta regla y los planes no se ponen de acuerdo en cuanto al orden de los beneficios, esta regla no aplicará.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro médico a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el cheque de nómina no es suficiente para pagar toda tu parte del costo de la cubierta (por ejemplo, después de una reducción de horas). No efectuar los pagos de las primas a la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios y/o una interrupción en la cubierta.

Para ver los detalles sobre el impacto que podría tener una interrupción en la cubierta y sobre cómo efectuar pagos personales para continuar con la cubierta, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Cuándo termina la cubierta dental

La cubierta termina en tu último día de empleo o cuando dejes de ser elegible según los términos del Plan. La cubierta de tus dependientes termina cuando termine tu cubierta o cuando el dependiente ya no sea elegible (según se define en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#)). Tú y los miembros de tu familia inscritos podrían ser elegibles para la continuación de cubierta bajo la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1985, según enmendada (Ley COBRA). Consulta el capítulo sobre la cubierta de [COBRA](#) para ver los detalles.

Si la cubierta se cancela debido a que no hiciste los pagos requeridos de las primas, la cubierta termina en la fecha de cancelación. Consulta [El pago de tus beneficios](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información. No existe el derecho a la continuación de cubierta de COBRA cuando la cubierta se cancela debido al incumplimiento en el pago de las aportaciones requeridas.

En el caso de que cambie la clasificación de tu puesto de trabajo, consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para obtener información sobre cualquier efecto que pueda tener en tu cubierta.

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

- **Después de un evento de cambio de elección:** La cubierta termina en la fecha de vigencia del evento. Consulta la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** La cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si te vas de compañía y te recontratan

Si regresas a trabajar para Walmart en el término de 13 semanas, te reinscribirán automáticamente en la misma cubierta que tenías antes de irte (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan). Si la interrupción es de más de 30 días pero menos de 13 semanas, tendrás 60 días después de regresar al trabajo para darte de baja de la cubierta en la cual te reinscribieron automáticamente.

Si regresas al trabajo después del término de 13 semanas, te considerarán recién elegible y podrás reinscribirte en la cubierta según los períodos de tiempo y las condiciones explicadas en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Recursos de asistencia a los asociados

¿Qué es *Help Now*?

Cómo usar los servicios de <i>Help Now</i>	60
Los servicios de apoyo de <i>Help Now</i> de AiRCare	60
Cuándo terminan los beneficios de <i>Help Now</i>	60

¿Qué es Mis Recursos de Salud Mental?

Cómo usar los servicios de Mis Recursos de Salud Mental	61
Servicios de consejería y terapia de salud mental	61
Servicios para armonizar la vida y el trabajo	62
Recursos de aprendizaje	62
Cómo contactar a Mis Recursos de Salud Mental	62
Cuándo terminan los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental	62
Cómo presentar una reclamación de beneficios de Mis Recursos de Salud Mental	63

Help Now no es un beneficio ofrecido por el Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart Inc. y no está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de 1974 (Ley ERISA).

Recursos de asistencia a los asociados

Walmart ofrece una variedad de servicios de asistencia al asociado para ayudarte a lidiar con una gama amplia de problemas que podrían enfrentar tú y tus dependientes elegibles. Los servicios de *Help Now* son ofrecidos por AiRCare y los de Mis Recursos de Salud Mental por Lyra.

RECURSOS: HELP NOW		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Acceso inmediato a un especialista en recursos de <i>Help Now</i>		Llama a 855-4HLPNOW (855-445-7669)
Acceso a información adicional sobre cómo obtener los servicios de <i>Help Now</i>	Visita One.Walmart.com/HelpNow	
RECURSOS: MIS RECURSOS DE SALUD MENTAL		
Conectarte rápidamente con un terapeuta o consejero de salud mental para participar en hasta 20 sesiones gratuitas al año	Comienza accediendo a Walmart.LyraHealth.com	Llama al 800-825-3555
Hablar con un navegador de cuidado de Lyra (Lyra Care Navigator) para acceder a los recursos de Lyra y obtener apoyo inmediato en momentos de crisis, autolesión o pensamientos suicidas.	Chatea con un navegador de cuidado en: Walmart.LyraHealth.com	Llama al 800-825-3555
Acceder a Lyra Essentials para aprovechar una gama amplia de artículos, actividades, herramientas autoguiadas y recursos relacionados con la salud mental.	Visita Walmart.LyraHealth.com	
Explorar los cursos de salud mental relacionados con el trabajo ofrecidos a pedido, talleres mensuales en vivo y reuniones de grupos pequeños (“Gatherings”).	Visita Walmart.LyraHealth.com	

Lo que debes saber sobre los recursos de asistencia a los asociados

Help Now

- Los servicios de *Help Now* son provistos por AiRCare, cuyos especialistas en recursos están listos para ayudarte con tus necesidades de bienestar.
- Los servicios de *Help Now* son confidenciales, excepto cuando la ley dispone lo contrario.
- Este servicio es opcional.
- Los beneficios de *Help Now* se ofrecen sin costo alguno. Serás inscrito automáticamente en *Help Now* en tu fecha de contratación.

Mis Recursos de Salud Mental

- Mis Recursos de Salud Mental está disponible las 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año.
- Tanto tú como tus dependientes elegibles pueden encontrar terapia y consejería de salud mental, herramientas autoguiadas y servicios para armonizar la vida y el trabajo.
- Los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental se ofrecen sin costo alguno. Tú y tus dependientes elegibles serán inscritos automáticamente a partir de tu fecha de contratación, independientemente de si te inscribes o no en un plan médico de Walmart. Tus dependientes elegibles pueden usar los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental incluso si estás inscrito en el plan médico de Walmart y ellos no. Tendrás que crear una cuenta libre de costo con Lyra para acceder a los cursos a pedido (“on-demand”) o comenzar a recibir la atención de un profesional.

¿Qué es Help Now?

Help Now ofrece a los asociados y a sus dependientes elegibles apoyo a pedido para una variedad de retos cotidianos. Ya sea que necesites ayuda para navegar los beneficios de Walmart, pagar las cuentas, conseguir alimentos o vivienda o cuidar a un familiar enfermo, la ayuda está al alcance del teléfono (o el correo electrónico). Los servicios de *Help Now* son provistos por AiRCare, cuyos especialistas en recursos entienden los beneficios de Walmart y los recursos de la comunidad. Están a tu disposición y la de tus dependientes sin costo alguno a partir de tu fecha de contratación.

Cómo usar los servicios de Help Now

Si eres un asociado radicado en Puerto Rico, tú y tus dependientes elegibles serán inscritos automáticamente en *Help Now* por medio de AiRCare a partir de tu primer día de empleo. Los dependientes elegibles son tu cónyuge/pareja e hijos hasta los 26 años. No tienes que hacer nada para inscribirte. Puedes comunicarte con AiRCare en cualquier momento llamando al **855-4HLPNOW (855-445-7669)** entre las 7:00 a.m. CT y las 7:00 p.m. CT o enviar un correo electrónico a helpnowwalmart@aircarehealth.com. Consulta [Elegibilidad de dependientes](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Los servicios de apoyo de Help Now de AiRCare

AiRCare ofrece apoyo personalizado por teléfono.

AiRCare puede ayudarte a navegar por los recursos en los siguientes temas, los cuales podrían actualizarse o modificarse ocasionalmente:

- Preocupaciones financieras*
- Alimentos/comidas
- Asistencia a veteranos
- Grupos de apoyo comunitario
- Recursos para la prevención de ejecuciones de hipoteca/desalojo
- Servicios de reparaciones
- Vivienda
- Educación
- Transportación
- Cuidado de niños/mayores
- Y otros

*Los servicios de AiRCare se limitan a ayudarte a encontrar y a navegar por los recursos disponibles. AiRCare no ofrece asistencia económica directa, como distribuciones monetarias o préstamos.

Los especialistas en recursos de *Help Now* te informan sobre los programas de bienestar disponibles a través del Plan y te ayudan a acceder a dichos programas. Si el Plan no tiene un programa de bienestar que brinde apoyo para tus necesidades particulares, el especialista en recursos de *Help Now* investigará, identificará y evaluará los recursos disponibles en la comunidad y te conectará con ellos. El especialista en recursos te indicará sobre cualquier cuota que cobren los recursos comunitarios.

Para información adicional sobre las categorías de apoyo, visita One.Walmart.com/HelpNow.

Si deseas apoyo, puedes llamar al **855-4HLPNOW (855-445-7669)**. Las llamadas son confidenciales, excepto cuando la ley dispone lo contrario.

Cuándo terminan los beneficios de Help Now

Los beneficios terminan en tu último día de empleo o cuando dejes de ser elegible según los términos del Plan.

Help Now es un beneficio de navegación de recursos que no ofrece atención médica. Los servicios de *Help Now* son exentos de la Ley ERISA y no son elegibles para la Ley COBRA.

¿Qué es Mis Recursos de Salud Mental?

Mis Recursos de Salud Mental es el programa de asistencia al empleado de Walmart. Este programa, brindado por Lyra, ofrece apoyo confidencial para el bienestar emocional y la salud mental. Hay servicios de consejería y terapia de salud mental, así como recursos de aprendizaje disponibles sin costo para ti y tus dependientes elegibles a partir de tu fecha de contratación. Las consultas iniciales de los servicios para armonizar la vida y el trabajo están disponibles sin costo alguno. Hay servicios adicionales para armonizar la vida y el trabajo disponibles a tarifas de descuento. Puedes llamar al equipo de navegadores de cuidado de Lyra o visitar la plataforma en línea de Lyra Health para comunicarte con terapeutas y consejeros de salud mental, acceder a herramientas digitales para manejar el estrés, el sueño y las relaciones, y obtener servicios dirigidos a armonizar la vida y el trabajo.

Cómo usar los servicios de Mis Recursos de Salud Mental

Si eres un asociado radicado en Puerto Rico, tú y tus dependientes elegibles serán inscritos automáticamente en Mis Recursos de Salud Mental por medio de AiRCare partir de tu primer día de empleo. Tendrás que registrarte en Lyra para acceder a los cursos a pedido o comenzar a recibir la atención de un proveedor. Los dependientes elegibles incluyen tu cónyuge/pareja de hecho y tus hijos, hijastros o hijos de crianza menores de 26 años. Consulta [Elegibilidad de dependientes](#) in the [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#). Tú y tus dependientes elegibles tendrán que proveer tu número de WIN y fecha de nacimiento para confirmar la elegibilidad para los servicios. Todos los servicios brindados son confidenciales, excepto cuando la ley dispone lo contrario.

Los asociados de cualquier edad pueden crear su propia cuenta con Lyra. Los padres pueden registrarse y obtener atención para sus hijos de hasta 21 años. Los dependientes menores de 21 años pueden recibir la atención por medio de la cuenta del padre/madre.

Conforme a ley estatal, es posible que los asociados y dependientes menores de 21 años necesiten el consentimiento de los padres para recibir la atención. Este consentimiento, si se requiere, se obtendrá por escrito durante la primera sesión junto con un formulario de “consentimiento para recibir atención” para las sesiones virtuales e interacciones digitales.

Puedes acceder a Mis Recursos de Salud Mental en cualquier momento en Walmart.LyraHealth.com o llamar a Lyra al **800-825-3555** para encontrar las herramientas que te ayudarán a:

- Identificar a un profesional de salud mental
- Desarrollar buena salud mental y resiliencia
- Manejar el estrés
- Mejorar el sueño
- Fortalecer las relaciones en la casa y el trabajo

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

Servicios de consejería y terapia de salud mental

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

Con Lyra Coaching puedes trabajar con un consejero en sesiones regulares programadas para entender mejor tus retos, decidir lo que quieres trabajar y trazar el camino hacia adelante. Puedes optar por conectarte con tu consejero vía mensajería en vivo en tu móvil o desde tu computadora o reunirte por medio de vídeo en vivo de forma recurrente. También puedes optar por una experiencia de menos intervención con el programa de autocuidado guiado de Lyra (Guided Self-Care Program).

Lyra Therapy ofrece acceso a los mejores profesionales de salud mental que solo usan tratamientos basados en evidencia; las citas, por lo general, están disponibles en el término de dos semanas. Los terapeutas de Lyra pueden diagnosticar las afecciones de salud mental e identificar los pensamientos, los comportamientos y las emociones intensas que podrían ser síntomas de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático u otras afecciones. Durante las sesiones, el terapeuta te presentará nuevas destrezas y podría asignarte ejercicios para que practiques entre una sesión y otra. Las sesiones de terapia están disponibles tanto virtual como presencialmente, dependiendo de la disponibilidad del profesional que te atiende.

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

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

Servicios para armonizar la vida y el trabajo

Lyra, por medio de sus asociados externos, gestiona el acceso servicios de asesoría legal y asistencia en casos de robo de identidad. Las consultas iniciales son gratuitas. Hay servicios adicionales para armonizar la vida y el trabajo disponibles a tarifas de descuento.

Los servicios para armonizar la vida y el trabajo incluyen ayudarte a:

- Explorar tus opciones con relación a asuntos legales
- Acceder a una biblioteca de formularios y documentos legales para una variedad de necesidades
- Recuperarte de un robo de identidad

Puedes recibir una consulta de media hora relacionada con cada asunto legal o una consulta de una hora relacionada con problemas de robo de identidad, sin costo alguno. Ten presente que este servicio no ofrece ayuda en situaciones relacionadas con las leyes laborales. Si necesitas más asistencia legal o por robo de identidad después de la consulta inicial, puedes continuar pagando un honorario adicional reducido. Hay recursos, documentos y herramientas de autoayuda disponibles 24/7 en línea en Walmart.LyraHealth.com/Worklife.

Recursos de aprendizaje

Los recursos de aprendizaje de Lyra pueden ayudarte a desarrollar estrategias que mejoren tu bienestar en el trabajo y en la casa con cursos a pedido y eventos en vivo, como seminarios web y grupos de conversación creados y facilitados por Lyra.

CURSOS A PEDIDO

Explora los cursos ilimitados a pedido y los talleres mensuales en vivo impartidos por profesionales de la salud mental, todo a tu propio paso. Aunque algunos cursos tienen de cinco a ocho capítulos de contenido detallado, otros se completan en menos de 15 minutos.

En los cursos y talleres se incluyen los siguientes temas:

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

EVENTOS EN VIVO: SEMINARIOS WEB Y GRUPOS DE CONVERSACIÓN

Todos los meses Lyra ofrece seminarios web y grupos de conversación virtual en temas de salud mental dirigidos por un experto clínico. Los seminarios web ofrecen una oportunidad para que los participantes vean, escuchen y aprendan, mientras que los grupos de conversación ofrecen un espacio para que compartan sus experiencias en un entorno de grupo pequeño. Se requiere registro previo tanto para los seminarios web como para los grupos de conversación.

Para explorar los cursos a pedido o registrarte en un evento en vivo, visita Walmart.LyraHealth.com y accede a la pestaña de “Library” una vez hayas iniciado sesión en tu cuenta de Lyra. Debes tener 18 años o más para registrarte y asistir a los eventos en vivo, incluidos los talleres y las sesiones de conversación.

Cómo contactar a Mis Recursos de Salud Mental

LYRA EN INTERNET

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

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

LLAMAR A LYRA

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

Cuándo terminan los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental

Si experimentas un evento que califica y adquieres el derecho a los beneficios de COBRA, los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental continuarán disponibles para a ti y tus dependientes elegibles por 18 meses a partir de tu último día de empleo (o el tiempo máximo para el cual serías elegible para la cubierta de COBRA), sin costo alguno para ti. Si te inscribes en la cubierta de COBRA bajo el plan médico o dental, el beneficio estará disponible durante todo el periodo de COBRA. Sin embargo, no tienes que inscribirte en la cubierta de COBRA bajo el plan médico o dental para continuar recibiendo los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental.

Cómo presentar una reclamación de beneficios de Mis Recursos de Salud Mental

No tienes que presentar una reclamación para recibir los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental. Siempre y cuando sigas siendo elegible, puedes acceder al sitio web de Lyra o comunicarte con Lyra por teléfono en cualquier momento. Sin embargo, si tienes alguna pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarte con People Services al **800-421-1362** o la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**, o enviar una reclamación escrita a la siguiente dirección:

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

Las reclamaciones y las apelaciones se determinan dentro de los periodos de tiempo y según los requisitos expuestos en los procedimientos para presentar reclamaciones de beneficios médicos, según se describen en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#).

COBRA

Continuación de cubierta de COBRA	66
Eventos calificados de COBRA	66
El pago de los beneficios de COBRA	68
Cuánto dura la cubierta de COBRA	69
Cuándo termina la cubierta de COBRA	71

COBRA

Si pierdes o uno de tus dependientes cubiertos pierde la cubierta médica o dental debido a un evento calificado, la ley federal conocida como COBRA podría permitir la continuación de dicha cubierta por un periodo de tiempo definido a tu propio costo.

RECURSOS	
Encuentra lo que necesitas	Otros recursos
Contactar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el término de 60 días después de un divorcio, la finalización de la relación con tu pareja o cuando un dependiente deja de ser elegible.	Llama al 787-653-1065
Contactar a Alight Solutions, el administrador externo para la cubierta de COBRA	Llama al 877-660-6630
Pagar la prima de COBRA	Llama al 877-660-6630

Lo que debes saber sobre la Ley COBRA

- COBRA, (siglas de Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), una ley federal de 1985, podría aplicarse cuando ocurre un “evento calificado” que de otra forma provocaría la pérdida de tu cubierta médica o dental o la de un dependiente cubierto. Describiremos los eventos calificados en este capítulo. El Plan extiende la continuación de cubierta de COBRA para ti y todos tus dependientes cubiertos.
- Para los beneficios médicos y dentales, la continuación de cubierta de COBRA puede seguir por hasta 18 a 36 meses dependiendo del evento calificado. Los 18 meses pueden extenderse a 29 meses bajo ciertas circunstancias cuando existe una incapacidad.
- Si experimentas un evento calificado y adquieres el derecho a los beneficios de COBRA, los beneficios de *My Mental Health Resources* continúan automáticamente por 18 meses a partir de la fecha del evento calificado (o el tiempo máximo para el cual serías elegible para la cubierta de COBRA). No tienes que inscribirte en la cubierta de COBRA para continuar recibiendo los beneficios de *My Mental Health Resources*.
- El Plan contrata a Alight Solutions, un administrador externo, para administrar la cubierta de COBRA. Las referencias a COBRA en esta sección indican la cubierta de continuación del Plan, que podría ser más favorable para los participantes y dependientes que la cubierta de continuación requerida por la Ley COBRA.
- Hay reglas estrictas y fechas límites para inscribirse en la continuación de cubierta de COBRA, según se describen en este capítulo. Debes leer el capítulo con detenimiento, ya que incumplir estas reglas podría dar como resultado la pérdida de tu derecho a elegir la continuación de cubierta de COBRA. Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda con la inscripción, llama al **877-660-6630**.

Continuación de cubierta de COBRA

En el caso de que termine tu cubierta médica o dental del Plan o la de tus dependientes elegibles, es posible que puedan continuar con la cubierta conforme a las disposiciones de continuación de cubierta del Plan, que cumplen con la Ley COBRA. La continuación de cubierta de COBRA aplica a la cubierta médica y dental; no aplica a otros beneficios descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado*.

Un evento que hace elegible al asociado y/o a sus dependientes para la cubierta de COBRA se llama "evento calificado", como, por ejemplo, la terminación de empleo o la pérdida de elegibilidad para los beneficios. Según la Ley COBRA, cada persona que pierde su cubierta después de un evento calificado se considera un "beneficiario calificado". Todo beneficiario calificado tiene el derecho independiente de elegir la continuación de cubierta de COBRA.

Es necesario que hayas contado con la cubierta médica o dental del Plan el día antes de la fecha del evento calificado fin de ser elegible para la cubierta de COBRA, a menos que la cubierta terminara durante una licencia, según se describe en esa página. Podrás continuar con la misma cubierta médica o dental que tenías el día antes del evento calificado. Puedes elegir un nivel inferior o seleccionar un plan médico alternativo, si corresponde.

SI ESTÁS DE LICENCIA

Por lo general, si tu licencia termina y no regresas al trabajo, te ofrecerán a ti y a cualquier dependiente elegible inscrito en la cubierta médica o dental del Plan la cubierta de COBRA, que comenzará a partir de la fecha en que termina tu empleo.

Si estabas inscrito o alguno de tus dependientes estaba inscrito en la cubierta médica o dental del Plan el día antes de comenzar

la licencia, pero te diste de baja durante la licencia o la cubierta fue cancelada debido a falta de pago de las primas durante la licencia, de igual forma te ofrecerán la cubierta de COBRA cuando termine tu empleo. Es necesario que tú o tus dependientes elegibles llamen a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** no más de 60 días después de la fecha en que termina tu empleo para solicitar la cubierta de COBRA. Si eliges la cubierta de COBRA, esta comenzará a partir de la fecha en que termina tu empleo. Esto significa que si tú o un dependiente elegible elige la cubierta de COBRA al final de una licencia durante la cual te diste de baja de la cubierta o la misma fue cancelada, la cubierta de COBRA elegida no entrará en vigor de forma retroactiva a la fecha en que te diste de baja o fue cancelada la cubierta, sino a la fecha en que se dio por terminado tu empleo.

Eventos calificados de COBRA

Serás elegible para la cubierta de COBRA si tu cubierta médica o dental termina debido a que:

- Tu empleo con Walmart termina por cualquier razón o
- Dejas de ser elegible para la cubierta médica o dental porque se han reducido las horas que trabajas para Walmart regularmente, lo cual te hace inelegible para la cubierta del Plan.

Tu cónyuge o pareja es elegible para COBRA si la cubierta del cónyuge o pareja termina por cualquiera de las razones a continuación:

- Tu empleo con Walmart termina por cualquier razón
- Tu cónyuge o pareja deja de ser elegible para la cubierta médica o dental porque se han reducido las horas que trabajas para Walmart regularmente, lo cual hace a tu cónyuge o pareja inelegible para la cubierta del Plan.
- Te divorcias o te separas legalmente de tu cónyuge
- Tú y tu pareja ya no cumplen con la definición de "relación de pareja" para fines del Plan (consulta el capítulo de **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para ver la definición de "pareja").
- Te inscribes en los beneficios de la Parte D de Medicare, lo que hace que tu cubierta médica termine (debes llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central al **787-653-1065** en el término de 60 días después de la inscripción en la Parte D de Medicare) o
- Si falleces.

Los dependientes elegibles que no sean tu cónyuge o pareja son elegibles para la cubierta de COBRA, si la cubierta del dependiente termina debido a cualquiera de las razones a continuación:

- Tu empleo con Walmart termina por cualquier razón
- Tu dependiente deja de ser elegible para la cubierta médica o dental porque se han reducido las horas que trabajas para Walmart regularmente, lo cual hace a tu dependiente inelegible para la cubierta del Plan
- Te inscribes en los beneficios de la Parte D de Medicare, lo que hace que tu cubierta médica termine. (Es necesario que tú o tu dependiente elegible llame a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** en el término de 60 días después de la inscripción en la Parte D de Medicare).
- Tu hijo dependiente deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad (por ej., al final del mes en que un dependiente cumple los 26 años) o
- Si falleces.

NOTIFICACIÓN

En general, Walmart notificará a ALight Solutions, el administrador externo del Plan para la cubierta de COBRA, si tú o tus dependientes comienzan a ser elegibles para la continuación de cubierta de COBRA debido a tu muerte, terminación de empleo o reducción de horas de trabajo por la cual pierdes tu cubierta bajo el Plan, o si te inscribes en la Parte D de Medicare. Es necesario que tú o tu dependiente notifique a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR si te inscribes en la Parte D de Medicare. Por lo general, Walmart notificará al administrador de COBRA en el plazo de 30 días después del evento calificado.

Según la ley, tú o tu dependiente elegible sería responsable de llamar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR para notificar tu divorcio, separación legal, finalización de relación de pareja o la pérdida de estatus de dependiente de un hijo.

La notificación debe hacerse en el plazo de 60 días después del evento calificado (o la fecha en la cual la cubierta terminaría debido al evento calificado, de ser después). Tú o tu dependiente elegible puede dar la notificación en tu nombre así como en nombre de cualquier dependiente elegible que haya sido afectado por el evento calificado. El evento calificado se notifica a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR llamando al **787-653-1065**.

La notificación deberá incluir la información que sigue:

- Nombre y dirección del asociado cubierto
- Tipo de evento calificado
- Fecha del evento calificado
- Nombre del dependiente que pierde la cubierta y
- Dirección del dependiente que pierde la cubierta (si es distinta a la del asociado).

Si no te comunicas con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el plazo de 60 días, tu dependiente cubierto perderá el derecho a elegir la continuación de cubierta de COBRA. Para proteger los derechos de tus dependientes cubiertos, notifica a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR sobre cualquier cambio de dirección de tus dependientes cubiertos. Debes guardar una copia en tus archivos de toda notificación que envíes a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR o a ALight Solutions.



La ley federal te responsabiliza a ti o a tus dependientes elegibles de notificar a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el término de 60 días después de un divorcio, separación legal, finalización de relación de pareja o cuando un dependiente pierde elegibilidad, o la fecha en la que termina tu cubierta del Plan como resultado de uno de estos eventos. Si tú o tu dependiente elegible no notifica a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR en el plazo de 60 días, tu dependiente no será elegible para la cubierta de COBRA.

Tú o tu dependiente elegible también tendrá que notificar al administrador de COBRA por teléfono o por escrito sobre un segundo evento calificado o una incapacidad bajo el Seguro Social para extender el periodo de cubierta de COBRA. Para el Plan no serán vinculantes otras formas de notificación. Si no notificas de un segundo evento calificado o una solicitud de prórroga en el plazo de 60 días a partir de la fecha de dicho evento o la fecha en la que pierdes (o perderás) tu cubierta como resultado de un segundo evento calificado, los derechos a la continuación de cubierta de COBRA caducarán en la fecha en que termina tu periodo inicial de cubierta de COBRA o la de tu dependiente elegible.

INSCRIPCIÓN EN COBRA

En el plazo de 14 días después de que el administrador de COBRA reciba notificación de un evento calificado, el administrador de COBRA enviará, en nombre del Plan, un aviso de elección de COBRA a ti y a tus dependientes elegibles a la última dirección conocida. El aviso de elección describirá tu derecho a continuar con la cubierta médica o dental conforme a la Ley COBRA. (Si no recibes esta notificación, llama al administrador de COBRA al **877-660-6630**). Para recibir la continuación de cubierta de COBRA, deberás elegir dicha cubierta a través del administrador de COBRA en el plazo de 60 días calendarios a partir de la fecha en que pierdes la cubierta o, de ser más tarde, la fecha del aviso de elección. Puedes comunicarte con el administrador de COBRA llamando al **877-660-6630**. Si eliges COBRA, notifica al administrador de COBRA de cualquier cambio de dirección. Si no eliges la continuación de cubierta de COBRA en el plazo de 60 días, perderás tu derecho a solicitarla.

NOTA: Es posible que te pidan documentación del evento calificado para poder recibir la cubierta de COBRA.

Tanto tú como cada uno de tus dependientes elegibles tienen derechos independientes de elección. Puedes elegir cubierta de COBRA para todos los miembros de tu familia que hayan perdido la cubierta debido al evento calificado. Uno de los padres o el tutor legal puede elegir la cubierta de COBRA en nombre de un dependiente elegible menor de edad. Un hijo nacido o colocado para adopción mientras recibes la cubierta de la Ley COBRA también tiene derechos conforme a dicha ley.

La cubierta de COBRA se ofrece según los requisitos de elegibilidad para la continuación de la cubierta para ti y tus dependientes elegibles conforme a la ley y a los términos del Plan. En la medida que lo permita la ley, el Administrador del Plan dará por terminada la cubierta de COBRA de forma retroactiva si posteriormente se determina que no cualificas.



En lugar de elegir cubierta de COBRA, es posible que haya otras opciones de cubierta para ti y tu familia por medio de un servicio del Health Insurance Marketplace, Medicare o Medicaid. También podrías ser elegible para un “periodo de inscripción especial” de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual seas elegible (como el plan patronal de tu cónyuge.) Además, podrías tener el mismo derecho a una inscripción especial al final de la cubierta de COBRA si eliges la cubierta de COBRA por el tiempo máximo disponible. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la continuación de cubierta de COBRA. Puedes conocer más sobre tus opciones en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

EVENTOS DE CAMBIO DE ELECCIÓN MIENTRAS TIENES LA CONTINUACIÓN DE CUBIERTA DE COBRA

Después del periodo de elección de COBRA, ni tú ni tu dependiente elegible podrá cambiar ni añadir a la cubierta de COBRA elegida sin que ocurra un evento de cambio de selección fuera del periodo de Inscripción Anual o un evento calificado subsiguiente. Para obtener información sobre los eventos de cambio de selección, consulta la sección de [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#). De ocurrir un evento de cambio de selección (como el nacimiento de un hijo), deberás notificar al administrador de COBRA en el término de 60 días calendario a partir del evento. Es posible que tengas que presentar documentación de respaldo. Tendrás

el derecho a hacer cambios a la cubierta durante cualquier periodo de Inscripción Anual mientras estás con la cubierta de COBRA.

Salvo que de otra forma lo disponga el Plan, si añades un cónyuge/pareja o dependiente elegible a raíz a un evento de cambio de selección mientras estás con la cubierta de COBRA, cada persona estará sujeta a las limitaciones aplicables del Plan.

En el caso de un evento de cambio de selección, tú o tu dependiente elegible puede cambiar la cubierta a otro nivel de beneficios del Plan solo si el cambio de cubierta es compatible con el evento de cambio de selección.

El pago de los beneficios de COBRA

La prima de COBRA es la cantidad que pagabas antes del evento calificado, más la parte que pagaba Walmart, más un cargo administrativo del 2% (50% en el caso de la prórroga de 11 meses de cubierta de incapacidad, según se describe más adelante en este capítulo). La carta enviada a ti y a tus dependientes elegibles después de la notificación de un evento calificado incluirá el costo de la prima mensual por la cubierta de COBRA.

Prima inicial de la cubierta de COBRA: Tu primer pago vencerá 45 días después de elegir la cubierta de COBRA y deberá cubrir el costo de dicha cubierta a partir de la fecha en que perdiste la cubierta debido a un evento calificado hasta el final del mes en que haces la elección. (Por ejemplo, supongamos que tu empleo termina el 30 de septiembre y pierdes la cubierta el 30 de septiembre. Eliges la cubierta de COBRA el 15 de noviembre. El pago inicial debe ser equivalente a las primas de octubre y noviembre y vencerá en o antes del 30 de diciembre, que es el día 45 después de la fecha de tu elección de COBRA. Las primas recurrentes vencen el primero de cada mes, con un periodo de gracia de 30 días. Por lo tanto, tu pago de diciembre deberá recibirse no más tarde del 31 de diciembre, que es el final del periodo de gracia de 30 días para el periodo de cubierta de diciembre.)

Si no efectúas el pago inicial de la prima en el periodo de tiempo determinado, no serás elegible para la cubierta de COBRA.

Continuación del pago de las primas: Las primas mensuales vencen el primer día de cada mes posterior a la fecha de vencimiento de la prima inicial. Si efectúas el pago en o antes del primer día de cada mes, la cubierta de COBRA del Plan continuará ese mes. Para evitar un retraso en la actualización de tu información de elegibilidad, se recomienda que pagues las primas de 7 a 10 días antes de la fecha de vencimiento.

Tendrás un periodo de gracia de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima antes de que se cancele la cubierta. Sin embargo, si efectúas el pago el primer día del

mes o después, la cubierta será suspendida y no se pagará ninguna reclamación incurrida, incluidas las del beneficio de farmacia, hasta que se pague la cubierta hasta e incluido el mes en curso. Si no pagas esta prima, serás responsable de las reclamaciones incurridas. En el caso de que el día 30 caiga en un fin de semana o un feriado, tendrás hasta el próximo día laborable para pagar o poner el pago al correo.

Como cortesía, el administrador de COBRA te enviará una factura de pago de la prima de COBRA. Para evitar una interrupción o cancelación de la cubierta, se recomienda que pagues las primas de 7 a 10 días antes de la fecha de vencimiento. El pago de las primas vence independientemente de si recibes o no una factura. Si envías el pago por correo, adjúntalo a la factura y envíalo a:

Centro de Servicio Unidad COBRA
P.O. Box 71111
San Juan, Puerto Rico 00936

Si se cancela la cubierta debido al incumplimiento del pago de las primas, tu cubierta de COBRA terminará el último día para el cual hayas pagado la prima total de COBRA a tiempo y no será restablecida.

La cubierta de COBRA es de mes a mes, y si no deseas continuar la cubierta, puedes cancelarla en cualquier momento con solo suspender el pago de las primas. No tienes que tomar ninguna otra acción.

Si optas por cancelar la cubierta, esta no se puede restablecer. La cubierta se cancelará automáticamente si el pago no se envía con matasellos fechado en o antes de la fecha límite del mes en que vence la prima.

Cuánto dura la cubierta de COBRA

La duración máxima de la cubierta de COBRA depende de la razón por la cual la tienes, según se muestra en la tabla a continuación.

DURACIÓN MÁXIMA DE LA CUBIERTA DE COBRA		
Evento	Asociado	Dependientes
<ul style="list-style-type: none"> Tu empleo con Walmart termina por cualquier razón Dejas de ser elegible para la cubierta del Plan debido a una reducción en las horas de trabajo 	18 meses a partir de la fecha del evento	18 meses a partir de la fecha del evento
<ul style="list-style-type: none"> Tu muerte Un cambio en tu estado civil (o unión legal) Un dependiente ya no satisface los requisitos de elegibilidad (por ejemplo, cumple 26 años). 	No aplica	36 meses a partir de la fecha del evento
Te inscribes en Medicare menos de 18 meses antes de la terminación de tu empleo o la reducción de horas	18 meses a partir de la fecha de terminación de empleo o reducción de horas	Hasta 36 meses a partir de la fecha en que te inscribiste en Medicare
Te inscribes en la Parte D de Medicare	No aplica	36 meses a partir de la fecha en que te inscribiste en la Parte D de Medicare
Obtención de una prórroga por incapacidad	29 meses a partir de la fecha del primer evento calificado	29 meses a partir de la fecha del primer evento calificado
Segundo evento calificado: deberás notificar al administrador de COBRA en el término de 60 días a partir del segundo evento calificado o, de ser más tarde, la pérdida de cubierta	No aplica	Hasta 36 meses a partir de la fecha del primer evento calificado

SI TIENES DERECHO A MEDICARE

En general, si eres elegible para la Parte A o B de Medicare y das por terminado tu empleo con Walmart (o pierdes la cubierta del Plan) tendrás un periodo de inscripción especial de ocho meses para inscribirte en Parte A o B de Medicare, el cual comienza en la fecha en que ya no eres empleado de Walmart (o pierdes la cubierta del Plan, lo que ocurra primero), incluso si eliges la continuación de cubierta de COBRA. Debes tener presente que si no te inscribes en la Parte A o B de Medicare durante el periodo de inscripción especial de Medicare, es posible que tengas que esperar para inscribirte en la Parte A o B de Medicare (es decir, hasta el próximo periodo de inscripción anual de Medicare) y puede que tengas que pagar una prima más alta de Medicare cuando finalmente te inscribas. Para obtener información adicional, consulta el manual *Medicare y Usted* publicado anualmente. Puedes obtener el manual directamente de Medicare llamando al **800-633-4227** o del sitio web de Medicare en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Derecho a Medicare significa que eres elegible y estás inscrito en Medicare. Si adquieres derecho a Medicare menos de 18 meses antes de un evento calificado debido a terminación de empleo o reducción de horas, tus dependientes cubiertos podrían ser elegibles para elegir COBRA por un periodo de no más de 36 meses a partir de la fecha en que adquiriste derecho a Medicare.

Si tienes derecho a Medicare antes de tu fecha de elección de COBRA, tú o tu dependiente cubierto deberá notificar al administrador de COBRA al **877-660-6630** de tu fecha de elegibilidad de Medicare para asegurar que se calcule correctamente el periodo máximo de cubierta para tus dependientes.

SI TE INCAPACITAS O UN DEPENDIENTE ELEGIBLE SE INCAPACITA

Si eres un beneficiario calificado que tiene cubierta de COBRA debido a terminación de empleo o reducción de horas, tú y cada dependiente cubierto podrían tener derecho a 11 meses adicionales de cubierta de COBRA si te incapacitas o se incapacita un dependiente cubierto. (Es decir, podrías obtener hasta un total de 29 meses de cubierta de COBRA.) El periodo de 29 meses de cubierta de COBRA comienza en la fecha de terminación de empleo o de reducción en las horas de trabajo

que te hace inelegible para la cubierta del Plan. La prórroga por incapacidad aplica solo si se cumplen todas las condiciones a continuación:

- La Administración de Seguro Social determina que tú o tu dependiente elegible está incapacitado
- La incapacidad existe en cualquier momento durante los primeros 60 días calendarios de cubierta de COBRA y dura, por lo menos, hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de cubierta de COBRA y
- Tú o tu dependiente elegible notifica al administrador de COBRA sobre la determinación de incapacidad tomada por la Administración de Seguro Social presentando una copia de la carta de aviso de otorgamiento (“Notice of Award”) de dicha determinación al administrador de COBRA durante tu periodo inicial de 18 meses de COBRA.

En ausencia de un aviso oficial de otorgamiento de la Administración de Seguro Social, el Plan podría aceptar otro tipo de correspondencia de la Administración de Seguro Social si dicha correspondencia incluye, explícitamente, toda la información que el Plan necesita para otorgar la prórroga y si se presenta al administrador de COBRA dentro del periodo de tiempo antes indicado.

Si tú y/o tu dependiente elegible cualifican para la prórroga por incapacidad, se te enviará o se les enviará una nueva factura antes del final del periodo inicial de 18 meses de cubierta de COBRA.

La prima de COBRA para el mes 19 hasta el mes 29, inclusive, de cubierta de COBRA es, por lo general, la cantidad que estabas pagando antes del evento calificado más la cantidad que estaba pagando la compañía, más un cargo administrativo del 50%, o 150% de la cantidad total de la prima.

Sin embargo, si aplica la prórroga por incapacidad, pero el dependiente elegible incapacitado no está inscrito en la cubierta de COBRA, la prima de COBRA de los dependientes cubiertos para el periodo extendido se limita al 102% de la cantidad total de la prima. Tú o tu dependiente elegible deberá notificar al administrador de COBRA no más de 30 días después de que la Administración de Seguro Social determine que tú o tu dependiente elegible ya no está incapacitado.

SI OCURRE UN SEGUNDO EVENTO CALIFICADO MIENTRAS TIENES LA CUBIERTA DE COBRA

Aunque un asociado no puede recibir una prórroga de la cubierta de COBRA debido a un segundo evento calificado, el dependiente elegible que tiene cubierta de COBRA debido a la terminación de tu empleo o a una reducción en tus horas de trabajo puede recibir cubierta de COBRA por hasta un total de 36 meses si ocurre un segundo evento calificado durante el periodo original de 18 meses de continuación de la cubierta (o durante el periodo de 29 meses de cubierta, en el caso de una prórroga por incapacidad).

Los siguientes pueden ser segundos eventos calificados:

- Tu muerte
- Tu divorcio, separación legal o finalización de una relación de pareja
- Tu hijo(a) deja de ser elegible para la cubierta médica o dental (por ejemplo, un dependiente cumple los 26 años) o
- Te inscribes en la Parte D de Medicare.

Si ocurre un segundo evento calificado mientras tu dependiente elegible tiene la cubierta de COBRA, dicha cubierta podría durar hasta 36 meses a partir de la fecha del primer evento calificado que te hizo a ti (el asociado) elegible para la cubierta de COBRA.



Para recibir la prórroga del periodo de cubierta de COBRA, tú o tu dependiente elegible deberá notificar al administrador de COBRA del segundo evento calificado en el término de 60 días calendario a partir de la fecha del evento o, de ser más tarde, la pérdida de cubierta a raíz del evento. Si el administrador de COBRA no recibe notificación del segundo evento calificado en el término de 60 días, tu dependiente elegible no podrá obtener la prórroga de la cubierta de COBRA y esta terminará en la fecha en que caducó el periodo inicial de COBRA.

Cuándo termina la cubierta de COBRA

Usualmente, la cubierta de COBRA termina después del periodo de 18 meses, 29 meses o 36 meses de cubierta. Consulta la sección de [Cuánto dura la cubierta de COBRA](#) en este capítulo para saber cuál periodo te corresponde.

La cubierta de COBRA puede darse por terminada antes del final del periodo de 18, 29 o 36 meses si ocurre lo siguiente:

- La compañía deja de proveer cubierta médica o dental a sus asociados
- Después del periodo inicial de 45 días, si no efectúas el pago de COBRA en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento (si el día 30 cae en un fin de semana o un día en que no hay servicio postal, tendrás hasta el próximo día laborable para poner el pago al correo o pagarlo)
- Tú o tu dependiente elegible adquiere cubierta de otro plan grupal de salud o dental después de elegir la cubierta de COBRA
- Durante un periodo de extensión por capacidad, la Administración de Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está incapacitado (la cubierta de COBRA para todos los beneficiarios calificados, no solo el beneficiario incapacitado, terminará a partir de lo que ocurra más tarde entre: (a) el primer día del mes que es más de 30 días después de la determinación final de la Administración de Seguro Social de que el beneficiario ya no está incapacitado o (b) el final del periodo de cubierta que aplique independientemente de la prórroga por incapacidad) o
- Tú o tu dependiente elegible presenta una reclamación fraudulenta o una información falsa al Plan.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tienes el derecho de apelar una decisión sobre tu estatus de inscripción o elegibilidad relacionada con la cubierta de COBRA. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Cómo apelar una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad](#) in the [Reclamaciones y apelaciones](#).

Seguro por incapacidad a corto plazo

Cómo inscribirte en el seguro por incapacidad a corto plazo y cuándo entra en vigor la cubierta	74
Cuándo calificas para los beneficios por incapacidad a corto plazo	74
Cuándo no se pagan los beneficios	74
Cuándo comienzan los beneficios por incapacidad a corto plazo	75
El beneficio por incapacidad a corto plazo	75
Cómo presentar una reclamación al seguro por incapacidad a corto plazo	75
Continuación de la cubierta mientras te encuentras incapacitado	76
Cuándo finalizan los pagos de los beneficios por incapacidad a corto plazo	76
Si estás de licencia o experimentas una cesantía temporal	76
Cuándo termina la cubierta	76

Esta información no crea un contrato de empleo expreso ni implícito, ni ningún otro compromiso contractual. Walmart puede modificar esta información a su entera discreción sin aviso previo, en cualquier momento, a tenor con las leyes pertinentes.

Seguro por incapacidad a corto plazo

Cuando una cirugía programada, una enfermedad o lesión imprevista o las complicaciones de un embarazo exigen que te ausentes del trabajo por un periodo prolongado de tiempo, este plan de incapacidad a corto plazo puede reemplazar parte de tu cheque de nómina.

RECURSOS	
Encuentra lo que necesitas	Otros recursos
Obtener más detalles sobre el seguro por incapacidad a corto plazo	Llama a Multinational al 787-764-1279 o contacta a tu Representante de RH
Presentar una reclamación en el término de 90 días a partir de la fecha en que comienza la incapacidad	Contacta a tu representante de RH

Lo que debes saber sobre el seguro por incapacidad a corto plazo

- Todos los asociados son inscritos automáticamente en la cubierta de incapacidad a corto plazo (SINOT) en el primer día de empleo. Las leyes de Puerto Rico exigen la inscripción en el seguro por incapacidad a corto plazo.
- El plan de incapacidad a corto plazo reemplaza el 65% de tu sueldo semanal promedio, hasta un beneficio máximo de \$113 a la semana, si no puedes trabajar debido a una incapacidad cubierta.
- Ten presente que según las leyes de Puerto Rico los beneficios de maternidad están cubiertos por separado a tenor con la Ley de Madres Obreras. De surgir una incapacidad debido a complicaciones del embarazo, se harían pagaderos los beneficios por incapacidad a corto plazo.

Cómo inscribirte en el seguro por incapacidad a corto plazo y cuándo entra en vigor la cubierta

Los asociados de Walmart se inscribirán automáticamente en la cubierta de incapacidad a corto plazo en su primer día de empleo. La cubierta de incapacidad a corto plazo es un seguro requerido por las leyes de Puerto Rico. Multinational Life Insurance Company (Multinational) administra este seguro para los asociados de Walmart. Para información acerca de esta cubierta, llama al número indicado en la sección de **Recursos** del seguro por incapacidad a corto plazo al principio de este capítulo.

El seguro por incapacidad a corto plazo provee hasta un 65% de tu sueldo semanal promedio por un máximo de 26 semanas después de un periodo de espera de siete días si te incapacitas según la definición del Plan. Si te hospitalizas, los beneficios comienzan en el primer día de hospitalización. El beneficio máximo semanal conforme al plan de incapacidad a corto plazo es de \$113. Para más información sobre el sueldo semanal promedio, consulta la tabla de **Recursos** al principio de este capítulo.

Tu cubierta comienza en el primer día de empleo.

EL BENEFICIO POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
Si...	Tu beneficio es de:
<ul style="list-style-type: none"> Estás completamente incapacitado para el trabajo durante más de siete días debido a una incapacidad cubierta (el periodo de espera no aplica si estás hospitalizado) Estás recibiendo tratamiento médico Recibiste un sueldo de \$150 o más durante un año base 	<p>El 65% de tu ingreso semanal promedio, hasta un beneficio máximo de \$113 a la semana.</p> <p>Por ejemplo, 65% de \$400 equivale a un beneficio semanal de \$260, pero recibirás el beneficio máximo de \$113.</p>
<p>NOTA: "Año base" significa los primeros cuatro de los últimos cinco trimestres del año calendario que comienzan inmediatamente antes de la fecha en que presentas una solicitud de beneficios.</p>	

Cuándo calificas para los beneficios por incapacidad a corto plazo

A fin de cualificar para los beneficios por incapacidad a corto plazo, deberás:

- Presentar evidencia médica provista por un médico calificado indicando que estás incapacitado según la definición del Plan y
- Recibir la aprobación de tu reclamación por parte de Multinational.

Es posible que Multinational exija una prueba escrita de tu incapacidad o información adicional antes de tomar

una decisión sobre la reclamación. Una declaración de tu médico de que no puedes trabajar por sí sola no te cualifica para los beneficios por incapacidad a corto plazo. Además, la aprobación de una licencia médica no constituye una aprobación para recibir estos beneficios.

Según lo define el Plan, "incapacidad" o "incapacitado" significa:

- Que no puedes realizar las tareas esenciales de tu trabajo conforme a la evidencia médica provista por un médico calificado que no eres tú ni un miembro de tu familia (no cumplir con los requisitos necesarios para conservar una licencia que te permita realizar las tareas de tu trabajo no significa que estés totalmente incapacitado)
- Estás recibiendo atención continua de un médico calificado y
- La incapacidad se debe a una lesión, una enfermedad, o a las complicaciones de un embarazo.

Si la incapacidad tiene más de una causa, se pagará como si solo fuera una. El beneficio máximo para cualquier periodo de incapacidad se limita a 26 semanas.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán beneficios por incapacidad a corto plazo en el caso de:

- Una enfermedad o lesión que no reciba tratamiento de un médico o quiropráctico calificado
- Una pérdida causada por una guerra o un acto de guerra (declarada o no), insurrección, rebelión o por tomar parte en un motín o un disturbio civil
- Una pérdida causada por una enfermedad o lesión mientras sirves en el servicio militar de cualquier país involucrado en una guerra u otro conflicto armado
- Una lesión sufrida mientras cometes o intentas cometer un delito
- Una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo
- Una lesión sufrida mientras estás involucrado en un accidente vehicular o una pérdida causada por una enfermedad o lesión por la cual la ACAA paga beneficios o podría pagarlos si se presenta la debida reclamación
- Una pérdida causada por cualquier enfermedad o lesión por la cual se pagan beneficios de compensación al trabajador ("El Fondo") o podrían pagarse si se presenta la debida reclamación
- Una lesión o pérdida por la cual se pagan o podrían pagarse beneficios de un seguro de chofer si se presenta la debida reclamación o
- Cualquier otra lesión o pérdida que esté excluida de la cubierta según los términos de la póliza.

Puedes obtener la póliza llamando a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

Cuándo comienzan los beneficios por incapacidad a corto plazo

Si te aprueban los beneficios por incapacidad a corto plazo, estos comenzarán después del periodo de espera de siete días, en el octavo día calendario después del comienzo de tu incapacidad. Si te hospitalizas, los beneficios comienzan en el primer día de hospitalización. Si tu reclamación de beneficios por incapacidad a corto plazo se aprueba retroactivamente, te pagarán en un solo pago global cualquier beneficio que de otra forma te hubiesen pagado mientras la decisión sobre la reclamación estaba pendiente.

Podrías usar los días de enfermedad o vacaciones que tienes acumulados para sustituir el periodo de espera para los beneficios.

No acumularás horas de beneficios por enfermedad, vacaciones ni de ningún otro tipo mientras recibes los beneficios por incapacidad a corto plazo.

El beneficio por incapacidad a corto plazo

La cantidad del beneficio por incapacidad a corto plazo se basa en tu salario semanal promedio.

El beneficio máximo semanal conforme al plan de incapacidad a corto plazo es de \$113.

El sueldo bruto total incluye:

- Horas extra
- Bonos, excepto el de Navidad
- Tiempo libre con paga o tiempo libre Flex
- Vacaciones y
- Licencia por enfermedad.

El beneficio por incapacidad a corto plazo es de 65% de tu salario semanal promedio, hasta un máximo de \$113 a la semana.

El beneficio semanal se reducirá por la cantidad de otros beneficios o ingresos que recibas o que cualifiques para recibir (tú o tu familia). Los ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes ingresos:

- Compensación al trabajador ("El Fondo") o cualquier otro programa gubernamental que provea beneficios por incapacidad o desempleo como resultado de tu trabajo con la compañía
- Pólizas individuales relacionadas con el patrono
- Seguro automovilístico de la ACAA y
- Pagos globales o acuerdos de liquidación relacionados con la incapacidad.

El beneficio de incapacidad a corto plazo incluye un beneficio por muerte por la cantidad de \$4,000 y pagará hasta \$4,000 adicionales para cubrir los gastos funerarios.

Consulta la póliza para ver una lista completa de compensaciones. Puedes obtener la póliza llamando a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**.

Multinational tiene el derecho de recuperar cualquier cantidad que se te pague de más en beneficios por incapacidad a corto plazo conforme a este plan.

SALARIO SEMANAL PROMEDIO	
Tiempo en el empleo	Cómo se determina el salario semanal promedio
Empleado por 12 meses o más	Ingreso bruto total ÷ 52 semanas anteriores Por ejemplo, el salario semanal promedio de un asociado con un ingreso bruto total al año de \$20,800 es \$400 ($\$20,800 \div 52$).
Empleado por menos de 12 meses	Ingreso bruto total ÷ número de semanas trabajadas Por ejemplo, el sueldo semanal promedio de un asociado con un ingreso bruto total de \$4,800 por 12 semanas de trabajo es de \$400 ($\$4,800 \div 12$).

Cómo presentar una reclamación al seguro por incapacidad a corto plazo

Es necesario presentar la reclamación por incapacidad a corto plazo en el término de 90 días a partir del comienzo de la incapacidad a fin de garantizar los beneficios. Si presentas la reclamación por incapacidad a corto plazo después del término de 90 días a partir del comienzo de la incapacidad deberás proporcionar una justificación razonable por la demora.

Si sufres una enfermedad o lesión incapacitante, sigue los pasos a continuación:

PASO 1: Notifica a tu supervisor en cuanto sepas que te vas a ausentar del trabajo debido a una enfermedad o lesión.

PASO 2: En o después del último día en que trabajaste, llama a tu Representante de RH para reportar la incapacidad y obtener el formulario de reclamación que debes llenar. No se puede comenzar a procesar la reclamación hasta que hayas dejado de trabajar.

PASO 3: Llena el formulario de reclamación con la información personal y entrégalo al Representante de RH. La oficina de Recursos Humanos es responsable de completar la información acerca de la compañía solicitada en el formulario.

PASO 4: Solicita la información médica completa a tu médico, que incluya:

- El diagnóstico y
- La fecha de incapacidad y la duración prevista de esta.

PASO 5: Una vez se haya completado el formulario con la información personal, médica y de la compañía, serás responsable de enviarla a la división de reclamaciones de Multinational.

Las reclamaciones se determinarán en los periodos de tiempo y según los requisitos establecidos por Multinational. Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada.

Multinational podría exigir una evidencia escrita de tu incapacidad o información médica adicional antes de comenzar a pagar los beneficios.

Continuación de la cubierta mientras te encuentras incapacitado

Si deseas continuar los beneficios de seguro médico, dental, AD&D, y seguro de vida opcional para asociados y para dependientes mientras recibes los beneficios por incapacidad a corto plazo, tienes que efectuar los pagos de las primas de estos beneficios en cada periodo de nómina. Estas primas no se deducirán de los pagos de los beneficios por incapacidad a corto plazo. Si dejas de pagar las primas de estos planes de beneficios, podrían ser cancelados. Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para ver los detalles.

No se cancelará la cubierta de incapacidad a corto plazo y a largo plazo si estás recibiendo pagos conforme a esta póliza. No se te exigirá pagar las primas del seguro por incapacidad a largo plazo mientras recibes los beneficios por incapacidad a corto plazo.

Cuándo finalizan los pagos de los beneficios por incapacidad a corto plazo

Los pagos de los beneficios por incapacidad a corto plazo del plan terminarán en la fecha que ocurra primero entre las siguientes:

- La fecha en que ya no te encuentres incapacitado
- La fecha en que no cumplas con presentar una evidencia de incapacidad que sea satisfactoria para Multinational
- La fecha en que ya no te encuentres recibiendo la atención regular de un médico
- La fecha en que rehúses ser examinado, si Multinational exige un examen médico
- El último día del periodo máximo en el que son pagaderos los beneficios (al final de las 26 semanas) o
- La fecha de tu muerte.

SI REGRESAS AL TRABAJO Y TE INCAPACITAS DE NUEVO

Si regresas al trabajo durante 90 días calendarios o menos de trabajo activo y vuelves a sufrir una incapacidad debido a la misma condición que causó el primer periodo de incapacidad, o una relacionada, los beneficios por incapacidad a corto plazo comenzarán donde se quedaron antes de regresar al trabajo. No habrá un periodo de espera adicional. La duración combinada de los beneficios no excederá de 26 semanas.

Si has regresado al trabajo activo durante cualquier número de días calendarios y luego vuelves a incapacitarte debido a una nueva causa no relacionada, se considerará que es una incapacidad nueva y podrías cualificar para un total de 26 semanas de beneficios. Aplicará un nuevo periodo de espera de siete días calendarios. Si te hospitalizas, los beneficios comienzan en el primer día de hospitalización.

Si estás de licencia o experimentas una cesantía temporal

Una vez haya comenzado la cubierta de incapacidad a corto plazo, si no estás activo en el trabajo debido a una licencia aprobada o a una cesantía temporal, seguirás siendo elegible para los beneficios de dicha cubierta por 180 días a partir de tu último día de trabajo. Tu cubierta terminará en el día 181. La cubierta se restablecerá si regresas a trabajo activo en el término de un año.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta del seguro por incapacidad a corto plazo termina:

- En la fecha en que termine tu empleo o
- En la fecha de tu muerte.

Incapacidad a largo plazo

Los planes de incapacidad a largo plazo	80
Cuándo cualificas para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo	80
Cómo presentar una reclamación por incapacidad a largo plazo	81
Cuándo no se pagan los beneficios	81
Cuándo comienzan los beneficios por incapacidad a largo plazo	81
Cómo calcular el beneficio	81
Si te encuentras incapacitado y trabajando	83
Cuándo terminan los pagos de los beneficios por incapacidad a largo plazo	84
Si regresas al trabajo y te incapacitas de nuevo	85
Si te vas de licencia o experimentas una cesantía temporal	85
Cuándo termina la cubierta de incapacidad a largo plazo	85
Si te vas de Walmart y te recontratan	85

La información incluida en este capítulo describe los beneficios por incapacidad a largo plazo que podrías acceder si:

- Eres un asociado elegible no exento a tiempo completo o un asociado gerencial
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo y
- Te has inscrito a tiempo.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta o sobre el impacto que puede tener un cambio en la clasificación del puesto de trabajo en tus beneficios.

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay alguna discrepancia entre este documento y las pólizas emitidas por The Lincoln National Life Insurance Company (Lincoln) con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regíran los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Si te incapacitas y no puedes trabajar, el plan de incapacidad a largo plazo de Walmart puede ayudarte. Al inscribirte, el plan funciona con los demás beneficios que recibes durante tu incapacidad para reemplazar parte de tu cheque de nómina.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Obtener más detalles o presentar una reclamación		Llama a Lincoln al 888-778-9251

Lo que debes saber sobre el seguro por incapacidad a largo plazo

Este capítulo describe los beneficios por incapacidad a largo plazo que tienes disponibles bajo una de dos opciones del plan:

- **El plan de incapacidad a largo plazo** reemplaza el 50% de tu salario mensual promedio.
- **El plan de incapacidad a largo plazo mejorado** reemplaza el 60% de tu salario mensual promedio.

Los planes de incapacidad a largo plazo

Si te incapacitas, según se define en la sección de [Cuándo cualificas para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo](#), el plan de incapacidad a largo plazo provee un beneficio de 50% de tu sueldo mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos la suma de otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir, después del periodo de espera para beneficios.

Si te incapacitas, según se define en la sección de [Cuándo cualificas para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo](#), el plan de incapacidad a largo plazo mejorado provee el 60% de tu sueldo mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos la suma de otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir, después del periodo de espera para beneficios.

Ambos planes los asegura la compañía Lincoln. Consulta la sección de [Cuándo comienzan los beneficios por incapacidad a largo plazo](#) más adelante en este capítulo para obtener información acerca del periodo de espera. Para información sobre el sueldo mensual promedio u otros ingresos o beneficios que podrían reducir este beneficio, consulta [Cómo calcular el beneficio](#) y [Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por incapacidad a largo plazo](#) más adelante en este capítulo.

EL COSTO DE LA CUBIERTA DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El costo de la cubierta de incapacidad a largo plazo se basa en tus ingresos elegibles, tu edad y si eliges el plan de incapacidad a largo plazo o el plan de incapacidad a largo plazo mejorado. Las primas se deducen de todos los ingresos, incluidos los bonos. Si no tienes ingresos elegibles durante un periodo de nómina, no tendrás que pagar primas para ese periodo. Si recibes cualquier otro ingreso elegible, incluidos los bonos, a través de los sistemas de nómina de Walmart mientras estás recibiendo beneficios por incapacidad a largo plazo, se retendrán de esos ingresos las primas de todos los beneficios, incluidos los de incapacidad a largo plazo. Para repasar cómo mantener la cubierta de otros beneficios mientras recibes los beneficios por incapacidad a largo plazo, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) chapter.

Cuándo cualificas para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo

Según los términos del plan de incapacidad a largo plazo y el plan de incapacidad a largo plazo mejorado, "incapacidad" o "incapacitado" por lo general significa que, debido a una lesión o enfermedad ocurrida durante el periodo de espera del

beneficio y durante los siguientes 24 meses de incapacidad, no puedes realizar las tareas materiales y sustanciales de tu trabajo particular y que, después de 24 meses de pagos de beneficios, no puedes realizar las tareas materiales y sustanciales de ningún trabajo para el cual eres razonablemente apto según tu capacitación, educación, experiencia, edad y capacidad física o mental. Al determinar si estás incapacitado, Lincoln no tendrá en cuenta los factores laborales, que incluyen, pero no se limitan a: conflictos interpersonales en el lugar de trabajo, recesión, obsolescencia del puesto, cortes salariales, puestos compartidos o pérdida de una licencia o certificación profesional u ocupacional.

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

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

EXCLUSIÓN POR CONDICIONES PREEXISTENTES

No recibirás beneficios por incapacidad a largo plazo por cualquier incapacidad o incapacidad parcial que comience durante los primeros 12 meses después de la fecha en que entra en vigor tu cubierta cuando dicha incapacidad o incapacidad parcial sea causada o sea el resultado de una condición preexistente, ya sea parcial o completamente. "Condición preexistente" es cualquier afección que sea resultado de una lesión o enfermedad para la cual fuiste diagnosticado o recibiste tratamiento durante el periodo de tres meses previo a la fecha en que entra en vigor tu cubierta. Según los términos de la exclusión por condiciones

preexistentes, “tratamiento” significa que estás consultando o recibiendo atención o servicios brindados por un médico o bajo su dirección, incluidas las pruebas diagnósticas; que te recetan fármacos o medicamentos, ya sea que optes por tomarlos o no, o que usas fármacos o medicamentos.

Si cambias del plan de incapacidad a largo plazo (beneficio del 50%) al plan de incapacidad a largo plazo mejorado (beneficio del 60%), la exclusión por condiciones existentes aplicará a la cantidad de cubierta adicional. Si habías cumplido con el requisito de condiciones preexistentes del plan de incapacidad a largo plazo (beneficio del 50%) y luego sufres una incapacidad antes de cumplir con el requisito de exclusión por condiciones preexistentes del plan de incapacidad a largo plazo mejorado (beneficio del 60%), solo recibirás los beneficios del plan de incapacidad a largo plazo (50%).

Cómo presentar una reclamación por incapacidad a largo plazo

Llama a Lincoln al **888-778-9251** en cuanto sepas que tendrás que usar el beneficio por incapacidad a largo plazo. Lincoln te ofrecerá información adicional sobre cómo llenar el formulario de reclamación.

Los asociados que reciben beneficios del Fondo de Seguro del Estado y están inscritos en el plan de incapacidad a largo plazo o el plan de incapacidad a largo plazo mejorado podrían ser elegibles para beneficios por incapacidad después de finalizado el periodo de espera de beneficios. Llama a Lincoln al **888-778-9251** para reportar una reclamación por incapacidad a largo plazo.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones**. Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada. Consulta el capítulo de **Reclamaciones y apelaciones** para ver los detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán beneficios por ninguna reclamación por incapacidad a largo plazo que se deba a:

- La guerra, ya sea declarada o no, o cualquier acto de guerra
- Participación activa en un motín
- La comisión o el intento de comisión de un delito grave o menor o
- Cirugía cosmética, a menos que dicha cirugía esté relacionada con una lesión o enfermedad sufrida mientras la persona está asegurada.

No se pagará ningún beneficio durante un periodo de encarcelamiento.

Cuándo comienzan los beneficios por incapacidad a largo plazo

Si Lincoln aprueba los beneficios por incapacidad a largo plazo, estos comenzarán después de tu periodo de espera: 26 semanas o el final de tus beneficios por incapacidad a corto plazo, lo que sea más tiempo.

SI REGRESAS AL TRABAJO DURANTE EL PERIODO DE ESPERA Y TE INCAPACITAS DE NUEVO

Si dejas de estar incapacitado y regresas a trabajar a tiempo completo por un número de días calendarios especificado (según se define más adelante) o menos durante un periodo de espera, el periodo de espera será suspendido y tendrás que cumplir con el resto del periodo de espera si vuelves a estar incapacitado.

Si regresas al trabajo por un total de más del número de días calendarios especificado mientras satisfaces el periodo de espera de beneficios, tendrás que cumplir con un periodo de espera completamente nuevo en el caso de que te incapacites de nuevo antes de ser elegible para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo. El “número de días calendarios especificado” significa: (i) 60 días para los asociados no exentos y (ii) 180 días para los asociados exentos.

Cómo calcular el beneficio

La cantidad de tu beneficio por incapacidad a largo plazo se basa en:

- Tu sueldo mensual promedio según se define a continuación y
- Si estás inscrito en el plan de incapacidad a largo plazo o el plan de incapacidad a largo plazo mejorado.

SUELDO MENSUAL PROMEDIO	
Tiempo en el empleo	Cómo se determina el sueldo mensual promedio
Empleado por 12 meses o más	<p>Los ingresos elegibles por los 26 periodos de nómina* justamente previos al último día en que trabajaste ÷ 12</p> <p>Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos previos a la incapacidad de \$36,000 por los 26 periodos de nómina previos es de \$3,000 ($\\$36,000 \div 12$).</p> <p>*Si te pagaron los ingresos elegibles semanalmente durante el periodo de 12 meses, se harán los ajustes correspondientes al número de periodos de nómina utilizado para calcular el sueldo mensual promedio.</p>
Empleado por menos de 12 meses	<p>Tus ingresos elegibles desde la fecha de contratación ÷ número de meses trabajados</p> <p>Por ejemplo, el salario mensual promedio de un asociado con ingresos previos a la incapacidad de \$21,000 por siete meses de trabajo es de \$3,000 ($\\$21,000 \div 7$).</p>

Los ingresos usados para determinar el sueldo mensual promedio incluyen:

- Los ingresos regulares por los 26 periodos de nómina anteriores al último día en que trabajaste (si te pagaron los ingresos regulares semanalmente, se harán los ajustes correspondientes al número de periodos de nómina utilizado)
- Horas extra
- Los bonos de incentivos por objetivos programados que tienes derecho a recibir y tienen derecho a recibir los demás asociados en similares tipos de trabajo o niveles de empleo
- Tiempo libre con paga, vacaciones, licencia por enfermedad o similar que reemplaza los ingresos regulares (por ej., luto, servicio de jurado y licencia por enfermedad).

Se excluye cualquier periodo de nómina en el cual no tienes ingresos elegibles, lo que reduce el número de periodos de nómina usados en el cálculo.

Los ingresos elegibles usados para determinar el sueldo mensual promedio no incluyen los beneficios por incapacidad pagados previamente, las comisiones ni ningún otro beneficio marginal o compensación adicional que no se haya indicado anteriormente.

Si has estado empleado por menos de 12 meses, se utilizará un promedio anualizado de ingresos elegibles.

Tu beneficio por incapacidad a largo plazo es el siguiente:

TU BENEFICIO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO	
Si estás inscrito	Tu cubierta es de
En el plan de incapacidad a largo plazo	El 50% de tu sueldo mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$15,000, menos la suma de ciertos otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir (por ej., beneficios del Seguro Social)*
En el plan de incapacidad a largo plazo mejorado	El 60% de tu sueldo mensual promedio hasta un beneficio máximo mensual de \$18,000, menos la suma de ciertos otros beneficios o ingresos que tienes derecho a recibir (por ej., beneficios del Seguro Social)*
*Consulta Otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por incapacidad a largo plazo para obtener información adicional.	

Tu beneficio no será menor de \$50 en cualquier mes en el que seas elegible para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo.

Los beneficios por incapacidad a largo plazo se pagan siempre y cuando continúes incapacitado según lo definen los planes de incapacidad a largo plazo.

Lincoln tiene el derecho a recuperar, y tú deberás pagar, cualquier cantidad que te paguen de más en beneficios del plan de incapacidad a largo plazo o el plan de incapacidad a largo plazo mejorado.

TIEMPO LIBRE CON PAGA, VACACIONES O LICENCIA POR ENFERMEDAD Y EL BENEFICIO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

No se puede usar tiempo libre con paga, vacaciones o licencia por enfermedad mientras se reciben los beneficios por incapacidad a largo plazo. No acumulas horas adicionales de tiempo libre con paga, vacaciones o licencia por enfermedad mientras recibes beneficios por incapacidad a largo plazo.

OTROS BENEFICIOS O INGRESOS QUE REDUCEN LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

La cantidad del beneficio por incapacidad a largo plazo se reducirá o se compensará por la cantidad de otros beneficios o ingresos que recibas o que seas elegible para recibir. Los “otros ingresos” incluyen ingresos de cualquier tipo de empleo, como una licencia por enfermedad formal o informal o un plan de continuación de sueldo. Con la excepción de los beneficios de jubilación, “otros ingresos” solo incluye las sumas a las cuales tú (o, bajo ciertas circunstancias, tu familia) tienen derecho como resultado de la misma incapacidad relacionada con los beneficios que te pagan por incapacidad a largo plazo. Ejemplos de otros beneficios serían los pagos provenientes de:

- Seguro por incapacidad del Seguro Social (que incluye las sumas que tu familia recibe o cualifica para recibir debido a tu incapacidad)
- Beneficios de jubilación de Seguro Social que te otorguen después de la fecha de incapacidad (que incluye los beneficios que tu familia recibe o cualifica para recibir debido a elegibilidad para beneficios de jubilación)
- Compensación del trabajador (El Fondo)
- Planes de seguro grupal relacionados con la compañía que proveen beneficios por incapacidad
- Pólizas pagadas o parcialmente pagadas por la compañía que proveen beneficios por incapacidad hasta el punto en que dichos beneficios, más el beneficio por incapacidad a largo plazo, excedan tu sueldo mensual promedio
- Seguro de protección contra lesiones personales (ACAA)
- Cualquier beneficio por incapacidad a corto plazo pagadero bajo la cubierta de incapacidad a corto plazo de Walmart (por ej., beneficios relacionados con recaídas)
- Pagos estatales por incapacidad
- Beneficios por desempleo o beneficios bajo cualquier otra ley de beneficios gubernamentales
- Un acuerdo de liquidación o fallo, menos los costos relacionados con una demanda, que representa o compensa tu pérdida de ingreso o de función corporal.

Si cualquiera de los beneficios que reducen tus beneficios por incapacidad a largo plazo se ajustan posteriormente por aumentos en el costo de vida, tu beneficio por incapacidad a largo plazo no se reducirá más. Consulta la póliza para ver una

lista completa de compensaciones. Puedes obtener una copia de la póliza del seguro por incapacidad a largo plazo llamando a Lincoln al **888-778-9251**.

EJEMPLO DE REDUCCIÓN DEL BENEFICIO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO		
Sueldo anual: \$36,000	Plan de incapacidad a largo plazo (50%)	Plan de incapacidad a largo plazo mejorado (60%)
Sueldo mensual promedio	\$3,000	\$3,000
Cantidad del beneficio (porcentaje del sueldo mensual promedio, sujeto al máximo mensual)	\$1,500	\$1,800
Menos el beneficio por incapacidad del Seguro Social	-\$750	-\$750
Menos los beneficios de Seguro Social del dependiente	-\$375	-\$375
Pago por incapacidad a largo plazo (mensual)	\$375	\$675

CÓMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIALS

Es posible que cualifiques para recibir los beneficios por incapacidad del Seguro Social después de cinco meses de haber estado incapacitado. Si la incapacidad ha durado o se espera que dure 12 meses consecutivos, es posible que los términos de la póliza del seguro por incapacidad a largo plazo te exijan solicitar los beneficios por incapacidad del Seguro Social. Si la Administración de Seguro Social rechaza tu solicitud de beneficios, tendrás que seguir el proceso de apelación de la Administración de Seguro Social.

Si se requiere que solicites los beneficios del Seguro Social y no lo haces, o si no provees evidencia de solicitud o de apelación, se reducirán tus beneficios por incapacidad a largo plazo por la cantidad que se calcula recibirías y recibirían tus dependientes elegibles en beneficios por incapacidad del Seguro Social.

Si cualificas para los beneficios por incapacidad o jubilación del Seguro Social mientras estás recibiendo los beneficios del plan de incapacidad a largo plazo, y el Seguro Social te aprueba la reclamación por incapacidad retroactivamente, tendrás que reembolsar a Lincoln cualquier beneficio por incapacidad a largo plazo que te hayan pagado de más durante el periodo cubierto por la aprobación retroactiva del Seguro Social.

Lincoln puede asistirte con la solicitud de beneficios por incapacidad de Seguro Social. Para tener acceso a dicha asistencia, es necesario que estés recibiendo un beneficio de Lincoln.

Si te encuentras incapacitado y trabajando

Podrías ser elegible para recibir beneficios por incapacidad si estás parcialmente incapacitado. Según el Plan, los términos "incapacidad parcial" y "parcialmente incapacitado" significan que, como resultado de una enfermedad o lesión, puedes:

- Realizar una o varias, pero no todas, las tareas materiales y sustanciales de tu trabajo particular o de cualquier trabajo a tiempo completo o a tiempo parcial o
- Realizar todas las tareas materiales y sustanciales de tu trabajo particular o de cualquier trabajo a tiempo parcial y
- Ganar entre el 20% y el 80% de tu sueldo promedio mensual indexado.

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

Lincoln ofrece un beneficio de incentivo de trabajo para los primeros seis periodos de nómina (12 periodos de nómina si te pagan semanalmente) en que estés parcialmente incapacitado y trabajando. Continuarás recibiendo la cantidad total de tu beneficio mensual por los primeros seis o 12 periodos de nómina, según corresponda, si estás parcialmente incapacitado, a menos que tu beneficio e ingresos mensuales actuales mientras estás parcialmente incapacitado excedan tu sueldo mensual promedio. Si esto ocurre, tu beneficio mensual se reducirá por la cantidad en exceso, de manera que el beneficio mensual más tus ingresos elegibles no excedan el 100% de tu sueldo mensual promedio.

Después de los primeros 6 o 12 periodos de nómina, según corresponda, en que estés parcialmente incapacitado y trabajando, se utilizará el cálculo a continuación para determinar el beneficio mensual por incapacidad parcial.

CÁLCULO DE BENEFICIO SI ESTÁS INCAPACITADO Y TRABAJANDO	
$[(A - B) \div A] \times C = D$	
A	Tu sueldo mensual promedio indexado*
B	Tus ingresos mensuales parciales elegibles en la actualidad
C	El beneficio por incapacidad a largo plazo mensual pagadero si estabas completamente incapacitado, menos otros beneficios o ingresos que reducen los beneficios por incapacidad a largo plazo
D	El beneficio pagadero si estás incapacitado y trabajando
**"Sueldo promedio mensual indexado" significa tu sueldo mensual promedio aumentado anualmente en 7% o el cambio porcentual del Índice de Precios al Consumidor, lo que sea menor.	

SI FALLECES MIENTRAS ESTÁS RECIBIENDO BENEFICIOS POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

La cubierta del plan de incapacidad a largo plazo termina el día de tu muerte. Sin embargo, si falleces mientras estás recibiendo beneficios por incapacidad a largo plazo, se pagará a tu cónyuge/pareja un solo pago global de \$5,000 o tres veces tu último beneficio mensual por incapacidad a largo plazo, lo que sea mayor. Si no tienes un cónyuge/pareja que te sobrevive, el pago se hará en partes iguales a los hijos que te sobreviven, incluidos los hijastros e hijos legalmente adoptados. Sin embargo, si cualquiera de ellos es un menor o está incapacitado, el pago se hará en su nombre al albacea de la propiedad del menor designado por el tribunal. Si no tienes cónyuge/pareja ni hijos que te sobreviven, el pago se hará a tu patrimonio.

Cuándo terminan los pagos de los beneficios por incapacidad a largo plazo

Los pagos de los beneficios por incapacidad a largo plazo terminarán en la fecha que ocurra primero entre las siguientes:

- La fecha en que no cumplas con presentar una evidencia de incapacidad continua o parcial y de atención regular de un médico
- La fecha en que no cooperes con el trámite de tu reclamación. Por ejemplo: si no provees la información o los documentos necesarios para determinar si los beneficios son pagaderos o para determinar la cantidad del beneficio.
- La fecha en que rehúses ser examinado o evaluado a intervalos razonables
- La fecha en que rehúses recibir el tratamiento médico apropiado y disponible
- La fecha en que rechaces un puesto de trabajo con Walmart, con una paga comparable, donde se han hecho modificaciones o ajustes al lugar de trabajo para que puedas realizar las tareas materiales y sustanciales de tu puesto
- La fecha en que puedas realizar tu trabajo particular a tiempo parcial, pero optas por no hacerlo
- La fecha en que tus ingresos mensuales por incapacidad parcial excedan el 80% de tu sueldo mensual promedio indexado
- La fecha en que ya no cumplas con la definición de incapacitado del plan
- El último día del periodo máximo en el que son pagaderos los beneficios (consulta las tablas a continuación) o
- La fecha de tu muerte.

NOTA: Tu empleo no es una condición para la continuación de los beneficios por incapacidad a largo plazo.

DURACIÓN MÁXIMA DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

Edad en que te incapacitas	Duración de los beneficios
Antes de los 62 años	Hasta la edad normal de jubilación según el Seguro Social (aparece abajo)
62	48 meses
63	42 meses
64	36 meses
65	30 meses
66	27 meses
67	24 meses
68	21 meses
69 años o más	18 meses

EDAD NORMAL DE JUBILACIÓN SEGÚN EL SEGURO 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
De 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 INCAPACIDAD SE DEBE A ENFERMEDAD MENTAL, ALCOHOLISMO O ADICCIÓN A DROGAS

A fin de recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo durante más de 24 meses por las incapacidades indicadas a continuación, deberás estar confinado en un hospital u otro centro autorizado para proveer atención médica.

- Enfermedad mental (no incluye daño cerebral estructural y demostrable)

- Una condición que surge de la enfermedad mental
- Alcoholismo y
- Uso no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o sustancias similares.

Cuando no estés confinado en un hospital u otro centro autorizado, habrá un beneficio de 24 meses de por vida para estas incapacidades, a menos que estés participando de lleno en un plan de tratamiento extendido para la condición que produjo la incapacidad, en cuyo caso el beneficio será pagadero hasta por 36 meses.

Si regresas al trabajo y te incapacitas de nuevo

Si regresas a trabajar durante menos de seis meses de trabajo activo y vuelves a sufrir una incapacidad debido a la misma condición que causó el primer periodo de incapacidad, o una relacionada, según determinado por Lincoln (se conoce como "reclamación de recaída/sucesiva"), la incapacidad sucesiva será parte de la misma incapacidad.

Tus beneficios por incapacidad a largo plazo comenzarán donde se quedaron antes de regresar al trabajo. No habrá un periodo de espera adicional. La duración de los beneficios combinados para ambos periodos de incapacidad no excederá la duración que aparece en la tabla a la izquierda.

Si regresas a trabajar como asociado activo a tiempo completo durante seis meses o más, cualquier recurrencia de una incapacidad se tratará como una incapacidad nueva. Tendrás que cumplir con un nuevo periodo de espera de beneficios.

Si te vas de licencia o experimentas una cesantía temporal

Una vez haya entrado en vigor la cubierta de incapacidad a largo plazo, si no estás activo en el trabajo debido a una licencia aprobada o una cesantía temporal, tu cubierta de incapacidad a largo plazo continuará por 90 días a partir del comienzo de la licencia o cesantía temporal. Tu cubierta de incapacidad a largo plazo terminará el día 91 después del comienzo de la licencia aprobada o cesantía temporal, pero será restablecida si regresas al estatus de trabajo activo en el término de un año. Consulta [Cómo mantener las primas al día](#) in the [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para información adicional, incluidos los detalles sobre el pago de la cubierta de beneficios mientras estás de licencia.

NOTA: Si tu cubierta de incapacidad a largo plazo termina porque tu licencia o cesantía temporal excede los 90 días, seguirás elegible para los beneficios por incapacidad a largo plazo por cualquier enfermedad o lesión que ocurrió antes de la fecha en que termina tu cubierta.

Cuándo termina la cubierta de incapacidad a largo plazo

La cubierta de incapacidad a largo plazo termina:

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

En el caso de que cambie la clasificación de tu puesto de trabajo, consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para información sobre cualquier efecto que pueda tener en tu cubierta.

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

- **Después de un evento de cambio de selección:** la cubierta termina el día en que solicitas el cambio de selección. Consulta [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si te vas de Walmart y te reconstratan

Consulta la sección de [Si te vas de Walmart y te reconstratan](#) del capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para ver los detalles sobre el impacto que puede tener en tus beneficios que des por terminado tu empleo con Walmart y luego regreses.

Seguro de vida patronal

Seguro de vida patronal	88
Cómo nombrar a un beneficiario	88
Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal	89
Cómo presentar una reclamación	89
Cuándo no se pagan los beneficios	89
Cuándo termina la cubierta	89
Cómo continuar el seguro de vida patronal después de irte de Walmart o perder la cubierta	89
Si te vas de Walmart y te recontratan	90

La información incluida en este capítulo describe los beneficios del seguro de vida patronal que podrías acceder si:

- Eres un asociado elegible no exento a tiempo completo o asociado exento (gerencial) y
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta o sobre el impacto que puede tener un cambio en la clasificación del puesto de trabajo en tus beneficios.

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro de vida patronal

Walmart automáticamente ofrece un seguro de vida sin costo alguno para el asociado, así que puedes estar tranquilo sabiendo que tus seres queridos tendrán ayuda económica si algún día faltaras.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar la designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com/Beneficiary	Los cambios a las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener más detalles • Solicitar un beneficio adelantado • Obtener detalles sobre la continuación del seguro 	Visita One.Walmart.com/Life	Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación		Llama a Prudential al 877-294-7026

Lo que debes saber sobre el seguro de vida patronal

- Si eres un asociado elegible, Walmart te ofrece un seguro de vida sin costo alguno. No es necesario inscribirte ni proveer una Evidencia de Buena Salud.
- La cantidad de la cubierta equivale a la de tu salario o sueldo anualizado, incluidas las horas extra y los incentivos, durante el período de un año previo a tu muerte y redondeado a la unidad de \$1,000 más cercana, hasta un máximo de \$50,000.
- Hay una opción de pago adelantado disponible en caso de enfermedad terminal.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.
- El certificado de seguro está disponible en One.Walmart.com o en Prudential.com/Walmart. El certificado ofrece información detallada sobre el seguro de vida patronal que complementa los puntos destacados en este capítulo.

Seguro de vida patronal

La cantidad de la cubierta pagada por la compañía equivale a la de tu salario o sueldo anualizado, incluidas las horas extra y los bonos, durante los 26 periodos de nómina previos en los que estuviste activo en el trabajo (52 periodos de nómina si te pagan semanalmente) antes de tu último día de trabajo, redondeado a la unidad de \$1,000 más cercana, hasta un máximo de \$50,000. No se incluyen las comisiones y demás beneficios en los ingresos anualizados.

Si tu muerte ocurre fuera de un radio de 100 millas de tu residencia, hay un beneficio para gastos incurridos en el traslado de tu cuerpo a un lugar de preferencia en Puerto Rico o a tu residencia. El beneficio incluye gastos de embalsamamiento, cremación, un féretro y el transporte de los restos. El beneficio es por la cantidad que sea menor entre el costo de trasladar los restos y \$20,000.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro de vida patronal se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o a varios. Puedes hacerlo accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary. La designación de beneficiario tiene que ser completada y presentada al Plan antes de tu muerte. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia.

Puedes nombrar a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que aparecen en la designación de beneficiarios que tiene el Plan en sus archivos son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerán los que tiene el Plan. Si no has designado un beneficiario para el beneficio de seguro de vida patronal, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de [Si no nombras a un beneficiario](#) en esta página.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación que tiene contigo
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus partes, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario nombrado muere antes que tú, terminará el interés de dicho beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario diga lo contrario. Si tú y tu beneficiario mueren en el mismo evento y no se puede determinar quién murió primero, se considerará que el beneficiario murió antes.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que este cumpla la mayoría de edad. Tal vez te convenga consultar con un abogado o asesor financiero antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerales con las ganancias de dicho menor.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y enviarse a Walmart antes de tu muerte y podrá ser enviado solo por ti, el asociado asegurado. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia.

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no has nombrado a un beneficiario o no hay un beneficiario que te sobreviva al momento de tu muerte, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

- Cónyuge o pareja de la persona difunta; si no te sobreviven, entonces
- Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
- Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
- Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
- Tu herencia.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en tu designación de beneficiario en los archivos del Plan, independientemente de tu relación actual con esa persona y a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary.

Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal

Si sufres de una enfermedad terminal, puedes optar por recibir en vida un “beneficio adelantado” de hasta un 50% de la cantidad que tus beneficiarios hubieran recibido al momento de tu muerte (medido en la fecha en que proveas evidencia de enfermedad terminal). Los beneficios se pagan en un solo pago global. Al morir, tus beneficiarios reciben la cantidad total de cubierta vigente al momento de tu muerte menos cualquier cantidad en pagos adelantados que hayas recibido antes de fallecer.

Si te vas de Walmart después de haber recibido (o comenzado a recibir) el beneficio adelantado, tendrás que convertir la póliza para que tus beneficiarios puedan recibir el saldo restante al momento de tu muerte. Si no conviertes la póliza al terminar tu empleo, no se pagarán los beneficios a tus beneficiarios. Consulta la sección de [Cómo continuar el seguro de vida patronal después de irte de Walmart o perder la cubierta](#) en este capítulo para ver los detalles del proceso de conversión.

Según la póliza, se considera que tienes una enfermedad terminal si se espera el fallecimiento en el término de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o lesión es terminal.

Puede haber circunstancias en las que no se pague el beneficio adelantado. Contacta a Prudential al **877-294-7026** para obtener los detalles.

Consulta con un asesor profesional de impuestos para evaluar el impacto de este beneficio.

Cómo presentar una reclamación

Se debe proveer a Prudential la siguiente información sobre el asociado fallecido:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Fecha de muerte y
- Causa de muerte (si se conoce).

Es posible que se requiera un original o una copia certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. El acta de defunción debe enviarse por correo a:

The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 70182
Philadelphia, Pennsylvania 19176

Si se requiere el acta de defunción, la reclamación no se finalizará hasta que Prudential reciba dicha acta. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#). Los beneficiarios tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Contacta a Prudential al **877-294-7026** para obtener los detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

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

Cuándo termina la cubierta

La cubierta de seguro de vida patronal termina:

- Cuando termine tu empleo
- El último día del periodo de nómina en el que tu estatus laboral cambie al de tiempo parcial
- En la fecha de tu muerte
- En la fecha en que dejas de ser elegible
- El último día de una licencia aprobada (a menos que regreses al trabajo) o
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio.

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

Cómo continuar el seguro de vida patronal después de irte de Walmart o perder la cubierta

En la mayoría de los casos, tendrás dos opciones para continuar el seguro de vida patronal si termina tu cubierta grupal de seguro de vida. La primera opción, llamada **portabilidad**, te permite continuar con toda o una parte de la cubierta a través de una póliza grupal a término con Prudential. La segunda opción, llamada **conversión**, te permite convertir toda o una parte de la cubierta a una póliza individual de Prudential.

Debes solicitar la portabilidad o la conversión en el término de 31 días a partir de la fecha en que termina tu cubierta patronal. Si mueres en los 31 días posteriores a una pérdida de cubierta que califica y antes de elegir la

portabilidad o la conversión del seguro de vida, Prudential pagará un beneficio por muerte a tu beneficiario. El pago del beneficio se basará en la cantidad de cubierta en vigor antes de la pérdida de cubierta que califica, aunque no hayas solicitado la portabilidad o la conversión de la cubierta.



No podrás continuar la cubierta a menos que te comuniques con Prudential en el término de 31 días a partir del día en que termina tu cubierta.

La **portabilidad** te permite conservar un seguro de vida a término similar con Prudential después de terminado tu empleo, bajo ciertas condiciones. Se requiere una Evidencia de Buena Salud para “portar” o transferir la cubierta. Si no apruebas o no presentas la Evidencia de Buena Salud, cualificarás para convertir el seguro de vida patronal a una póliza individual, según se describe a continuación.

Puedes solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisfaces las condiciones a continuación:

- Tu seguro de vida patronal termina por cualquier razón que no sea:
 - que te vas de Walmart debido a una incapacidad o
 - que Walmart cambie la compañía de seguro de vida grupal y seas elegible o comiences a ser elegible durante los próximos 31 días.
- Estás activo en el trabajo el día en que termina tu seguro de vida patronal.
- Tienes menos de 80 años.
- La cantidad de tu seguro es de un mínimo de \$20,000 el día en que termina tu seguro de vida patronal.

Si satisfaces estas condiciones, tendrás 31 días a partir de tu fecha de terminación para comunicarte con Prudential e inscribirte.

La **conversión** es una disposición requerida del Plan que te permite convertir la cubierta de seguro de vida a una póliza individual en el caso de que la cubierta termine debido a la terminación de tu empleo o a un traslado de una clase elegible a una no elegible. No se requiere presentar una Evidencia de Buena Salud. Las tarifas se basan en la edad de la persona y la cantidad convertida. Tienes 31 días a partir de la fecha de terminación de la cubierta para solicitar la conversión de la cubierta a una póliza individual. Si se te envió una notificación de conversión y mueres durante el periodo de conversión de 31 días, el beneficio de muerte se basará en la cantidad que podría haberse convertido. Si no se te envió una notificación de conversión y mueres durante el periodo de 91 días inmediatamente posterior a la fecha de terminación de la cubierta, el beneficio de muerte será pagadero hasta la cantidad que podría haberse convertido.

Para solicitar información sobre la portabilidad o la conversión, llama a Prudential al **877-294-7026**.

Si te vas de Walmart y te reconstratan

Si eres un asociado no exento a tiempo completo o un asociado gerencial, consulta la sección de **Si dejas la compañía y te reconstratan** en el capítulo de **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para ver los detalles sobre el impacto en tus beneficios si das por terminado tu empleo con Walmart y luego regresas al trabajo.

Seguro de vida opcional para asociados

Seguro de vida opcional para asociados	94
Cómo nombrar a un beneficiario	94
Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal	95
Cómo presentar una reclamación	95
Cuándo no se pagan los beneficios	96
Interrupción en la cubierta	96
Cuándo termina la cubierta	96
Cómo continuar el seguro de vida opcional para asociados después de irte de Walmart o perder la cubierta	96
Si te vas de Walmart y te recontratan	97

La información incluida en este capítulo describe los beneficios del seguro de vida opcional para asociados que podrías acceder si:

- Eres un asociado no exento a tiempo completo o un asociado exento (gerencial)
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo y
- Te has inscrito a tiempo.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta o sobre el impacto que puede tener un cambio en la clasificación del puesto de trabajo en tus beneficios.

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados cuida a tu familia ofreciéndole protección económica adicional durante tiempos difíciles.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar la designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com/Beneficiary	Los cambios a las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener más detalles • Solicitar un beneficio adelantado • Obtener detalles sobre la continuación del seguro 	Visita One.Walmart.com/Life	Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación		Llama a Prudential al 877-294-7026

Lo que debes saber sobre el seguro de vida opcional para asociados

- Dependiendo de la cantidad de cubierta que eliges y de cuándo te inscribes, es posible que tengas que presentar una Evidencia de Buena Salud.
- Hay una opción de pago adelantado disponible en caso de enfermedad terminal.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.
- El certificado de seguro está disponible en One.Walmart.com o en Prudential.com/Walmart. El certificado ofrece información detallada sobre el seguro de vida opcional para asociados que complementa los puntos destacados en este capítulo.

Seguro de vida opcional para asociados

El seguro de vida opcional para asociados protege a tu familia si falleces mientras está vigente la cubierta. Si tienes una enfermedad terminal, es posible que se te pueda pagar un beneficio en vida.

Las opciones de cubierta del seguro de vida opcional para asociados dependen de la clasificación de tu puesto de trabajo según reflejado en el sistema de nómina de Walmart. En la tabla a continuación aparecen las cantidades de cubierta que puedes elegir.

ASOCIADOS NO EXENTOS A TIEMPO COMPLETO		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 ver los detalles sobre las clasificaciones del puesto de trabajo elegibles, consulta la sección de [Fechas de inscripción y vigencia según la clasificación del puesto de trabajo](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Si mueres, tus beneficiarios podrían recibir un pago global por la cantidad de cubierta que eliges.

El costo del seguro de vida opcional para asociados se basa en la cantidad de cubierta que eliges, tu edad, y si eres elegible o no para las tarifas de asociados "libres de tabaco". Las primas del seguro de vida opcional para asociados no subsidian la cubierta del seguro de vida patronal.

EVIDENCIA DE BUENA SALUD

Se requiere una Evidencia de Buena Salud para el seguro de vida opcional para asociados si:

- La cantidad de cubierta seleccionada es de más de \$25,000 durante tu periodo de inscripción inicial
- Te inscribes para cualquier cantidad después del periodo de inscripción inicial o
- Aumentas la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial.

La Evidencia de Buena Salud conlleva llenar un cuestionario acerca de tu historial médico y, posiblemente, someterte a un examen médico. El cuestionario de Evidencia de Buena Salud te lo entregan cuando te inscribes.

Si se requiere Evidencia de Buena Salud, la cubierta no entrará en vigor hasta que Prudential lo apruebe. Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para ver los detalles.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro de vida se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o a varios para recibir el beneficio de seguro de vida opcional si falleces. Puedes hacerlo accediendo a [One.Walmart.com/Beneficiario](#). La designación de beneficiario tiene que ser completada y presentada al Plan antes de tu muerte. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia.

Puedes nombrar a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que aparecen en la designación de beneficiarios que tiene el Plan en sus archivos son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerán los que tiene el Plan. Si no has designado a un beneficiario para el beneficio de seguro de vida opcional, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de [Si no nombras a un beneficiario](#) más adelante en este capítulo.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación que tiene contigo
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta el 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus partes, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario nombrado muere antes que tú, terminará el interés de dicho beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario de beneficiarios diga lo contrario. Si tú y tu beneficiario mueren en el mismo evento y no es posible determinar quién murió primero, se considerará que el beneficiario murió antes.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que este cumpla la mayoría de edad. Te sugerimos consultar con un abogado o asesor financiero

antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerales con las ganancias de dicho menor.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y enviarse al Plan antes de tu muerte y podrá ser enviado solo por ti, el asociado. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en tu formulario de beneficiario en los archivos del Plan, independientemente de tu relación actual con esa persona y a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar a tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary.

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no has nombrado a un beneficiario o no hay un beneficiario que te sobreviva al momento de tu muerte, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

- Cónyuge o pareja de la persona difunta; si no te sobreviven, entonces
- Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
- Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
- Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
- Tu herencia.

Pagos adelantados debido a una enfermedad terminal

Si tienes una enfermedad terminal, puedes optar por recibir en vida un “beneficio adelantado” de hasta un 50% de la cantidad que tus beneficiarios hubieran recibido al momento de tu muerte, hasta un máximo de \$250,000. Los beneficios se pagan en un pago global. Al morir, tus beneficiarios reciben la cantidad total de cubierta en vigor al momento de tu muerte menos cualquier cantidad en pagos adelantados que hayas recibido antes de fallecer.

Si te vas de Walmart después de haber recibido (o comenzado a recibir) el beneficio adelantado, tendrás que convertir la póliza para que tus beneficiarios puedan recibir el saldo restante al momento de tu muerte. Si no conviertes la póliza al terminar tu empleo, no se pagarán los beneficios a tus beneficiarios. Consulta la sección de [Cómo continuar el seguro de vida opcional para asociados después de irte de Walmart o perder la cubierta](#) más adelante en este capítulo para ver los detalles del proceso de conversión.

Según la póliza, se considera que tienes una enfermedad terminal si se espera el fallecimiento en el término de 12 meses y un médico puede certificar que la enfermedad o lesión es terminal.

Puede haber circunstancias en las que no se pague el beneficio adelantado. Contacta a Prudential al **877-294-7026** para obtener los detalles.

Consulta con un asesor profesional en impuestos para evaluar el impacto de este beneficio.

Cómo presentar una reclamación

Se debe proveer a Prudential la siguiente información sobre el asociado fallecido:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Fecha de muerte y
- Causa de muerte (si se conoce).

Es posible que se requiera un original o una copia certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. El acta de defunción debe enviarse por correo a:

The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 70182
Philadelphia, Pennsylvania 19176

Si se requiere el acta de defunción, la reclamación no se finalizará hasta que Prudential reciba dicha acta. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#). Los beneficiarios tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Comunícate con Prudential al **877-294-7026** para obtener más detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán beneficios a los beneficiarios si mueres como resultado de suicidio, ya sea que te encontraras sano de mente o no, durante los primeros dos años de cubierta. Si aumentas la cubierta y mueres como resultado de una lesión autoinfligida durante los dos años posteriores a la fecha en que aumentas la cubierta, tus beneficiarios recibirán la cantidad de cubierta que tenías antes del aumento.

Si tus beneficiarios presentan una reclamación durante los dos años posteriores a tu fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de reexaminar tu cuestionario de Evidencia de Buena Salud. En el caso de que se hayan declarado hechos materiales sobre ti incorrectamente, se usarán las circunstancias verídicas para determinar la cantidad de cubierta que debería haber estado vigente, si alguna, y:

- Se podría denegar la reclamación y
- Puede que se reembolsen las primas pagadas.

Si mueres antes de la fecha en que entra en vigor la cubierta, no se pagará ningún beneficio.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro de vida opcional para asociados a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el cheque de nómina de Walmart no es suficiente para pagar tu parte del costo de cubierta (por ej., después de una reducción de horas). Si no efectúas los pagos en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento, te pueden cancelar la cubierta.

Para ver los detalles sobre cómo efectuar los pagos de las primas para continuar con la cubierta, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Cuándo termina la cubierta

La cubierta de seguro de vida opcional para asociados termina:

- El día en que te das de baja de la cubierta voluntariamente (según se describe a continuación)
- Cuando termine tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima
- En la fecha de tu muerte
- El último día de una licencia aprobada (a menos que regreses al trabajo) o
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio

En el caso de que cambie la clasificación de tu puesto de trabajo, consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para información sobre cualquier efecto que pueda tener en tu cubierta.

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

- **Después de un evento de cambio de selección:** la cubierta termina en la fecha de vigencia del evento. Consulta [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

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

Cómo continuar el seguro de vida opcional para asociados después de irte de Walmart o perder la cubierta

En la mayoría de los casos, tendrás dos opciones para continuar el seguro de vida opcional para asociados si termina tu cubierta grupal de seguro de vida. La primera opción, llamada **portabilidad**, te permite continuar con toda o una parte de la cubierta actual a través de una póliza grupal a término con Prudential. La segunda opción, llamada **conversión**, te permite convertir toda o una parte de la cubierta a una póliza individual de Prudential.

Debes solicitar la portabilidad o la conversión en el término de 31 días a partir de la fecha en que termina tu cubierta. Si mueres en los 31 días posteriores a una pérdida de cubierta que califica y antes de elegir la portabilidad o la conversión del seguro de vida, Prudential pagará un beneficio por muerte a tu beneficiario. El pago del beneficio se basará en la cantidad de cubierta en vigor antes de la pérdida de cubierta que califica, aunque no hayas solicitado la portabilidad o la conversión de la cubierta.



No podrás continuar la cubierta a menos que te comuniques con Prudential en el término de 31 días a partir del día en que termina tu cubierta.

La **portabilidad** te permite conservar un seguro de vida a término similar con Prudential después de terminado tu empleo, bajo ciertas condiciones. No se requiere una Evidencia de Buena Salud para “portar” o transferir la cubierta. Sin embargo, puedes recibir tarifas preferenciales similares a las que pagabas mientras estabas activo en el trabajo si presentas y se aprueba una Evidencia de Buena Salud. Si no se aprueba o no se presenta la Evidencia de Buena Salud, tus tarifas se basarán en las tarifas regulares de portabilidad de Prudential.

Puedes solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisfaces las condiciones a continuación:

- Tu seguro de vida opcional para asociados termina por cualquier razón que no sea:
 - que dejes de pagar las primas mientras eres un asociado activo
 - que te vayas de Walmart debido a una incapacidad o
 - que Walmart cambie la compañía de seguro de vida grupal y seas elegible o comiences a ser elegible durante los próximos 31 días.
- Cumples con el requisito de trabajo activo en el día en que termina tu seguro.
- Tienes menos de 80 años.
- La cantidad del seguro es de un mínimo de \$20,000 en el día en que termina tu seguro.

Si satisfaces estas condiciones, tendrás 31 días a partir de tu fecha de terminación para comunicarte con Prudential e inscribirte. Prudential te notificará la cantidad de cubierta de portabilidad ofrecida. La cantidad de cubierta de seguro ofrecida no será mayor que la cantidad menor de la cubierta que elegiste del plan o no más de cinco veces tus ingresos anuales; sin embargo, la cantidad no será menor de \$20,000.

La **conversión** es una cláusula requerida del Plan que te permite convertir la cubierta de seguro de vida a una póliza individual si la cubierta terminara debido a la terminación de tu empleo o a un traslado de una clase elegible a una no elegible. No se requiere presentar una Evidencia de Buena Salud. Las tarifas se basan en la edad de la persona y la cantidad convertida. Es necesario que solicites el contrato individual y pagues la primera prima en lo que ocurra más tarde entre:

- El día 31 después de que dejes de estar asegurado o
- El día 15 después de que te hayan dado notificación por escrito del privilegio de conversión.

Si se te envió una notificación de conversión y mueres durante el periodo de conversión de 31 días, el beneficio de muerte se basará en la cantidad que podría haberse convertido. Si no se te envió una notificación de conversión y mueres durante el periodo de 91 días inmediatamente posterior a la fecha de terminación de la cubierta, el beneficio de muerte será pagadero hasta la cantidad que podría haberse convertido.

Para solicitar información sobre la portabilidad o la conversión, llama a Prudential al **877-294-7026**.

Si te vas de Walmart y te recontratan

Consulta la sección de **Si dejas la compañía y te recontratan** del capítulo de **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para ver los detalles sobre el impacto que puede tener en tus beneficios que des por terminado tu empleo con Walmart y luego regreses.

Seguro de vida opcional para dependientes

Seguro de vida opcional para dependientes	100
Beneficios adicionales	100
Cómo presentar una reclamación	101
Cuándo no se pagan los beneficios	101
Interrupción en la cubierta	101
Cuándo termina la cubierta	101
Cómo continuar la cubierta para tu cónyuge/pareja después de irte de Walmart o perder la cubierta	102
Si te vas de Walmart y te recontratan	103

La información incluida en este capítulo describe los beneficios del seguro de vida opcional para dependientes que podrías acceder si:

- Eres un asociado no exento a tiempo completo o un asociado exento (gerencial)
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo y
- Te has inscrito a tiempo.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta o sobre el impacto que puede tener un cambio en la clasificación del puesto de trabajo en tus beneficios.

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes puede ayudar a aliviar tu situación económica si pierdes a un ser querido, como tu cónyuge, pareja o hijo(a).

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Obtener más detalles	Visita One.Walmart.com	Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación		Llama a Prudential al 877-294-7026

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

- Todos los asociados no exentos a tiempo completo y gerenciales pueden inscribir a sus cónyuges/parejas y/o hijos.
- Es requisito presentar una Evidencia de Buena Salud para tu cónyuge/pareja si te inscribes para una cantidad de cubierta mayor de \$5,000 durante tu periodo de inscripción inicial o para cualquier cantidad si te inscribes en cualquier otro momento. No se requiere presentar una Evidencia de Buena Salud para menores.
- Tu dependiente no será elegible para la cubierta mientras esté en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- Esta póliza es un seguro de vida a término. No tiene valor en efectivo.
- El certificado de seguro está disponible en One.Walmart.com o en Prudential.com/Walmart. El certificado ofrece información detallada sobre el seguro de vida opcional para dependientes que complementa los puntos destacados en este capítulo.

Seguro de vida opcional para dependientes

El seguro de vida opcional para dependientes te paga un beneficio económico si estas inscrito como asociado y tu dependiente muere mientras la cubierta está vigente.

Cuando te inscribas en el seguro de vida opcional para dependientes, si tu cónyuge/pareja o dependiente legal muere, podrías recibir un pago global por la cantidad de cubierta que elegiste. Tus opciones de cubierta para el seguro de vida opcional para dependientes son:

CUBIERTA DE CÓNYUGE/PAREJA		CUBIERTA DE HIJOS
\$5,000	\$75,000	\$5,000
\$15,000	\$100,000	\$10,000
\$25,000	\$150,000	\$20,000
\$50,000	\$200,000	

Dependiendo de la cantidad de cubierta que eliges y de cuándo te inscribes, es posible que tu cónyuge/pareja tenga que presentar una Evidencia de Buena Salud.

Tú (el asociado) serás asignado automáticamente como beneficiario primario del seguro de vida de tu dependiente. Si tú y tu(s) dependiente(s) asegurado(s) mueren al mismo tiempo, los beneficios se pagarán al patrimonio de tu dependiente o, a opción de Prudential, a un familiar que sobreviva al dependiente.

El costo del seguro de vida opcional para tu cónyuge/pareja se basa en la cantidad de cubierta que eliges, tu edad (la del asociado), y si tu cónyuge/pareja cualifica o no para las tarifas de personas "libres de tabaco". El costo de la cubierta de tu(s) hijo(s) se basa en la cantidad de cubierta que elijas. Las primas del seguro de vida opcional para dependientes no subsidian la cubierta del seguro de vida patronal.

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

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

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

EVIDENCIA DE BUENA SALUD

Se requiere una Evidencia de Buena Salud de tu cónyuge/pareja para el seguro de vida opcional para dependientes si:

- La cantidad de cubierta seleccionada es de más de \$5,000 durante tu periodo de inscripción inicial
- Te inscribes para cualquier cantidad después del periodo de inscripción inicial o
- Aumentas la cubierta después de tu periodo de inscripción inicial.

No se requiere presentar una Evidencia de Buena Salud para menores.

En el término de 60 días del matrimonio/unión de pareja, puedes elegir cubierta para tu cónyuge/pareja o cambiar la cantidad de su seguro. En este caso, aunque estés fuera del periodo de inscripción inicial, tu cónyuge/pareja no tiene que proveer Evidencia de Buena Salud a menos que selecciones una cubierta mayor de \$5,000.

La Evidencia de Buena Salud conlleva llenar un cuestionario acerca del historial médico de tu cónyuge/pareja y, posiblemente, un examen médico para esa persona. El cuestionario de Evidencia de Buena Salud te lo entregan cuando inscribes a tu cónyuge/pareja.

Si se requiere Evidencia de Buena Salud, la cubierta no entrará en vigor hasta que Prudential lo apruebe. Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para ver los detalles.

Beneficios adicionales

También se pagarán beneficios en las circunstancias a continuación:

- Si un hijo dependiente nace vivo y muere en los 60 días posteriores a nacer, y no estaba inscrito en un seguro de vida opcional para dependientes antes de la pérdida—con un certificado de nacimiento y un acta de defunción—Prudential pagará un beneficio de \$5,000 solamente.
- Si el hijo dependiente es natimuerto, Prudential pagará un beneficio de \$5,000 a los asociados que han cumplido con el periodo de espera de elegibilidad para seguro de vida de dependientes. Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para ver los detalles. Hijo natimuerto se define como el hijo biológico de un asociado elegible cuya muerte ocurre antes de la expulsión, extracción o parto, y cuyo peso fetal es de 350 gramos o más; o, si se desconoce el peso fetal, cuya duración en el útero fue de 20 semanas completas o más de gestación. Si tanto la madre como el padre del niño natimuerto trabajan en Walmart, ambos asociados cualifican para presentar una reclamación de este beneficio por separado, para un total de \$10,000.

Cómo presentar una reclamación

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre el dependiente fallecido:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Fecha de muerte y
- Causa de muerte (si se conoce).

Es posible que se requiera un original o una copia certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. Envía el acta de defunción a:

The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 70182
Philadelphia, Pennsylvania 19176

Si se requiere el acta de defunción, la reclamación no se finalizará hasta que Prudential reciba dicha acta. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#). Tienes el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Comunícate con Prudential al **877-294-7026** para obtener más detalles.

Cuándo no se pagan los beneficios

No te pagarán beneficios si tu cónyuge/pareja muere como resultado de suicidio, ya sea que se encontrara sano(a) de mente o no, durante los primeros dos años de cubierta. Si aumentas la cubierta de tu cónyuge/pareja y la persona muere como resultado de un suicidio durante los dos años posteriores a la fecha del aumento en la cubierta, recibirás la cantidad de cubierta que tenías antes del aumento.

Si presentas una reclamación para tu cónyuge/pareja durante los dos años posteriores a la fecha de aprobación, Prudential tiene el derecho de reexaminar el cuestionario de Evidencia de Buena Salud de tu cónyuge/pareja. En el caso de que se hayan declarado hechos materiales sobre tu cónyuge/pareja incorrectamente, se usarán las circunstancias verídicas para determinar la cantidad de cubierta que debería haber estado vigente, si alguna, y:

- Se podría denegar la reclamación y
- Puede que se reembolsen las primas pagadas.

A menos que se disponga lo contrario, no se pagará ningún beneficio si el dependiente muere antes de la fecha de vigencia de la cubierta.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tienes que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro de vida opcional para dependientes a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el cheque de nómina de Walmart no es suficiente para pagar tu parte del costo de cubierta (por ej., después de una reducción de horas). Si no efectúas los pagos en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento, te pueden cancelar la cubierta.

Para ver los detalles sobre cómo efectuar los pagos de las primas para continuar con la cubierta, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta de seguro de vida opcional para dependientes hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Cuándo termina la cubierta

La cubierta de seguro de vida opcional para dependientes termina:

- El día en que te das de baja de la cubierta voluntariamente (según se describe a continuación)
- Cuando termine tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento
- En la fecha de tu muerte
- En la fecha en que tú o tu cónyuge/pareja o hijo dependiente deja de ser elegible (consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#)). Sin embargo, si tu cónyuge/pareja deja de ser elegible porque tu estatus laboral cambia al de asociado no exento a tiempo parcial o temporero, la cubierta de tu cónyuge/pareja terminará el último día del período de nómina en el que cambió tu estatus laboral.
- El último día de una licencia aprobada (a menos que regreses al trabajo) o
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio.

En el caso de que cambie la clasificación de tu puesto de trabajo, consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para información sobre cualquier efecto que pueda tener en tu cubierta.

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

- **Después de un evento de cambio de selección:** la cubierta termina en la fecha de vigencia del evento. Consulta [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Cómo continuar la cubierta para tu cónyuge/pareja después de irte de Walmart o perder la cubierta

Si eres un asociado a tiempo completo o gerencial y cuentas con un seguro de vida opcional para dependientes para tu cónyuge o pareja, tendrás dos opciones para continuar la cubierta de tu cónyuge/pareja después de que termine tu cubierta grupal de seguro de vida. La primera opción, llamada **portabilidad**, te permite a ti y a tu cónyuge o pareja continuar con toda o una parte de la cubierta actual a través de una póliza de término grupal con Prudential. La segunda opción, llamada **conversión**, te permite convertir toda o una parte de la cubierta de tu cónyuge/pareja a una póliza individual de Prudential.

Debes solicitar la portabilidad o la conversión en el término de 31 días a partir de la fecha en que termina la cubierta de tu cónyuge/pareja. Si tu cónyuge/pareja muere en los 31 días posteriores a una pérdida de cubierta que califica y antes de elegir la portabilidad o la conversión del seguro de vida, Prudential pagará un beneficio por muerte. El pago del beneficio se basará en la cantidad de cubierta en vigor antes de la pérdida de cubierta que califica, aunque no hayas solicitado la portabilidad o la conversión de la cubierta.



No podrás continuar la cubierta a menos que te comuniques con Prudential en el término de 31 días a partir del día en que termina tu cubierta.

La *portabilidad* te permite conservar un seguro de vida a término similar con Prudential para tu cónyuge o pareja después de terminada tu cubierta de asociado o si tu cónyuge o pareja pierde su elegibilidad debido a divorcio o separación, bajo ciertas condiciones.

No se requiere una Evidencia de Buena Salud de tu cónyuge/pareja para “portar” o transferir la cubierta. Sin embargo, puedes recibir tarifas preferenciales para tu cónyuge/pareja, similares a las que pagabas mientras estabas activo en el trabajo si tu cónyuge/ pareja presenta y aprueba una Evidencia de Buena Salud. Si no se aprueba o no se presenta la Evidencia de Buena Salud para tu cónyuge/pareja, tus tarifas se basarán en las tarifas regulares de portabilidad de Prudential.

Puedes solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisfaces las condiciones a continuación:

- La cubierta de seguro de vida opcional para dependientes termina porque tu seguro de vida opcional para asociados termina por cualquier razón que no sea:
 - que dejes de pagar las primas mientras eres un asociado activo
 - que tu empleo termine debido a que te jubilas debido a una incapacidad o
 - que el seguro de vida opcional para todos los asociados termine cuando se reemplaza dicha cubierta con un seguro de vida grupal de cualquier compañía para el cual calificas o cualificarás en los próximos 31 días.
- Solicitas y recibes cubierta de un seguro de vida a término conforme al plan de portabilidad.
- Respecto a tu cónyuge/pareja dependiente, que dicha persona tenga menos de 80 años.
- El dependiente cuenta con cubierta de seguro de vida opcional para dependientes en el día que termina tu seguro de vida opcional para asociados.
- El dependiente no está internado para fines de atención o tratamiento médico, en su casa ni en ningún otro lugar, en el día que termina tu seguro de vida opcional para asociados.

Tu cónyuge o pareja también puede solicitar un seguro de vida a término conforme a la opción de portabilidad si satisface las condiciones a continuación:

- La cubierta de tu cónyuge o pareja termina debido a divorcio o terminación de la relación de pareja.
- Tu cónyuge o pareja tiene menos de 80 años.
- Tu cónyuge o pareja no está confinado para fines de atención o tratamiento médico, en su casa ni en ningún otro lugar, en el día que termina tu seguro de vida opcional para asociados.

Si satisfaces estas condiciones, tendrás 31 días a partir de tu fecha de terminación para comunicarte con Prudential e inscribirte. Prudential te notificará la cantidad de cubierta de portabilidad ofrecida. La cantidad de cubierta de seguro ofrecida no será mayor de la cantidad de cubierta para cónyuge/pareja que elegiste del plan. Sin embargo, si tu cónyuge o pareja provee Evidencia de Buena Salud, y Prudential acepta dicha evidencia, podrías aumentar en \$20,000 la cubierta de tu cónyuge o pareja (o, de ser menor, en la cantidad de tus ingresos anuales).

La **conversión** es una cláusula requerida del Plan que te permite convertir la cubierta de seguro de vida a una póliza individual si la cubierta terminara por cualquier razón que no sea el incumplimiento del pago de las primas o el final de la cubierta para dependientes de todos los asociados. No se requiere presentar una Evidencia de Buena Salud. Las tarifas se basan en la edad del dependiente y la cantidad convertida. Tienes 31 días a partir de la fecha de terminación de la cubierta para solicitar la conversión de la cubierta del dependiente a una póliza individual. Si la muerte de tu dependiente ocurre durante el periodo de conversión de 31 días, el beneficio de muerte se basará en la cantidad que podría haberse convertido.

Para solicitar información sobre la portabilidad o la conversión, llama a Prudential al **877-294-7026**.

Si te vas de Walmart y te recontratan

Consulta la sección de [Si dejas la compañía y te recontratan](#) del capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para ver los detalles sobre el impacto que puede tener en tus beneficios que des por terminado tu empleo con Walmart y luego regreses.

Seguro por accidentes en viajes de negocios

Seguro por accidentes en viajes de negocios	106
Cómo nombrar a un beneficiario	106
Cómo presentar una reclamación al seguro por accidentes en viajes de negocios	107
Cuándo se pagan los beneficios	107
Beneficios adicionales	108
Cuándo no se pagan los beneficios	108
Cuándo termina la cubierta	109
Si te vas de Walmart y te recontratan	109
Seguro médico para viajes de negocios internacionales	109

La información incluida en este capítulo describe los beneficios por accidentes en viajes de negocios que podrías acceder si:

- Eres un asociado elegible y
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta.

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y las pólizas emitidas por los aseguradores correspondientes con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de las pólizas. Puedes obtener una copia de estas pólizas comunicándote con el Plan.

Seguro por accidentes en viajes de negocios

Mientras viajas por motivos de negocios autorizados de la compañía, este seguro por accidentes en viajes de negocios te protege y protege a tus seres queridos económicamente en caso de ocurrir un accidente que cause ciertos tipos de lesiones o muerte.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar la designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com/Beneficiary	Los cambios a las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
Obtener más detalles		Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación al seguro por accidentes en viajes de negocios		Llama a Prudential al 877-294-7026
Obtener más detalles sobre el seguro médico para viajes de negocios internacionales de GeoBlue	Go to geo-blue.com	Llama a GeoBlue al 888-412-6403 Fuera de EE. UU., llama al 610-254-5830

Lo que debes saber sobre el seguro por accidentes en viajes de negocios

- Walmart ofrece a todos sus asociados un seguro por accidentes en viajes de negocios. No tiene costo alguno para el asociado ni es necesario inscribirse.
- El seguro por accidentes en viajes de negocios paga un beneficio por pérdida de vida, extremidades, vista, habla, audición o parálisis debido a un accidente en el que te veas involucrado mientras viajas para fines de negocios autorizados de la compañía.
- La cantidad de la cubierta de accidentes mientras viajas es tres veces la cantidad de tus ingresos base anuales, hasta un máximo de \$1 millón.
- Este seguro patronal se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- El certificado de seguro está disponible en Prudential.com/Walmart. Este certificado ofrece información detallada sobre el seguro por accidentes en viajes de negocios que complementa los puntos destacados en este capítulo.
- Hay un seguro médico para viajes de negocios internacionales disponible para viajeros elegibles por medio de GeoBlue.

Seguro por accidentes en viajes de negocios

Para protegerte mientras viajas para fines de negocios, Walmart ofrece a todos los asociados un seguro por accidentes en viajes de negocios. No tiene costo alguno para el asociado ni es necesario inscribirse. Si sufres una lesión cubierta que causa pérdida o muerte mientras viajas para fines de negocios autorizados de la compañía, se pagará un beneficio en un solo pago global, a ti o a tus beneficiarios, de hasta tres veces tus ingresos base anuales, hasta un máximo de \$1 millón y un mínimo de \$200,000 (a menos que se especifique lo contrario).

Los ingresos base anuales se definen de la siguiente forma:

- **Para los asociados no exentos:** la tasa salarial por hora anualizada según aparece en el sistema de nómina de Walmart a la fecha de la pérdida o muerte.
- **Para los asociados gerenciales y directivos:** el sueldo base según aparece en el sistema de nómina de Walmart a la fecha de la pérdida o muerte.

Los ingresos base anuales no incluyen los bonos que puedas recibir.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro por accidentes en viajes de negocios se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o a varios. Puedes hacerlo accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary. La designación de beneficiario tiene que ser completada y presentada al Plan antes de tu muerte. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia. Tú (el asociado) recibirás cualquier beneficio pagadero por las lesiones indicadas en la sección de [Cuándo se pagan los beneficios](#) más adelante en este capítulo.

Puedes nombrar a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que aparecen en el formulario de beneficiarios que tiene el Plan en sus archivos son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerán los del formulario que tiene el Plan. Si no has designado a un beneficiario para el beneficio de seguro por accidentes en viajes de negocios, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de [Si no nombras a un beneficiario](#) en esta página.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación que tiene contigo
- Número de Seguro Social

- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta el 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus partes, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario nombrado muere antes que tú, terminará el interés de dicho beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario de beneficiarios indique lo contrario. Si tú y tu beneficiario mueren en el mismo evento y no es posible determinar quién murió primero, se considerará que el beneficiario murió antes.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que este cumpla la mayoría de edad. Tal vez te convenga consultar con un abogado o asesor financiero antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerales con las ganancias de dicho menor.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y enviarse al Plan antes de tu muerte y podrá ser enviado solo por ti, el asociado asegurado. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia.

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no has nombrado a un beneficiario o no hay un beneficiario que te sobreviva al momento de tu muerte, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

1. Cónyuge o pareja de la persona difunta; si no te sobreviven, entonces
2. Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
3. Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
4. Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
5. Tu herencia.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en tu designación de beneficiario en los archivos del Plan, independientemente de tu relación actual con esa persona y a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary.

Cómo presentar una reclamación al seguro por accidentes en viajes de negocios

En el término de los 12 meses posteriores a la lesión o muerte del asociado o de los 90 días después de vencer cualquier pago periódico (como los pagos periódicos por estado de coma) se debe proporcionar la información que sigue acerca del asociado:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Suceso, naturaleza y grado de la lesión
- Fecha de la muerte o lesión y
- Causa de la muerte o lesión (si se conoce).

Es posible que se exija un original o una copia certificada del acta de defunción como evidencia de muerte. El acta de defunción debe enviarse por correo a:

The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 70182
Philadelphia, Pennsylvania 19176

Si se requiere el acta de defunción, la reclamación no se finalizará hasta que Prudential reciba el acta de defunción, si corresponde. La aceptación del acta de defunción no garantiza el pago.

Los beneficios pueden pagarse en un solo pago global o, a solicitud por escrito, en plazos mensuales. Solo se pagará un beneficio, el más alto, si sufres más de una pérdida como resultado de un solo accidente.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#) chapter. Los beneficiarios tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Los beneficios se pagan conforme a los términos de la póliza de seguro. Contacta a Prudential al **877-294-7026** para obtener más detalles.

Cuándo se pagan los beneficios

Los beneficios se pagan si sufres una lesión accidental mientras viajas para fines de negocios autorizados de la compañía o debido a un ataque criminal mientras estás trabajando, si tus lesiones son la causa única y directa de una pérdida cubierta, y si proporcionas la debida evidencia de la lesión accidental y la pérdida cubierta a Prudential.

Viajar para fines de negocios incluye usar un transportista general o cualquier medio de transportación que sea propiedad de Walmart y operado por la compañía. Una lesión accidental incluye exposición a los elementos. “Causa única y directa” significa que la pérdida cubierta ocurre en los 12 meses posteriores a la fecha de la lesión accidental y fue el resultado directo de la lesión accidental, independiente de otras causas.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

OCURRE UNA LESIÓN CUBIERTA...	CANTIDAD DEL BENEFICIO
Mientras viajas para fines de negocios autorizados por la compañía	Tres veces tus ingresos base anuales hasta un máximo de \$1,000,000 Beneficio mínimo: \$200,000
Debido a un ataque criminal mientras estás trabajando	Hasta \$10,000

PÉRDIDAS CUBIERTAS POR LAS CUALES SE PAGA EL BENEFICIO TOTAL

- Cuadruplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores.
- Paraplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.
- Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos: desmembramiento a la altura o por encima de las articulaciones de las muñecas o los tobillos, o una pérdida total e irrecuperable de la vista.
- Pérdida de un pie y una mano: desmembramiento a la altura o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo.
- Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos: pérdida del habla y de la audición que continúa por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente.
- Pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo: desmembramiento a la altura o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo con pérdida total e irrecuperable de la vista de un ojo.

50% DEL BENEFICIO TOTAL

- Pérdida de una mano o un pie: desmembramiento permanente a la altura o por encima de la muñeca, pero por debajo del codo, o desmembramiento permanente a la altura o por encima del tobillo, pero por debajo de la rodilla.
- Daño cerebral: daño cerebral significa un daño físico permanente e irreversible al cerebro que causa una incapacidad total para realizar todas las funciones y actividades sustanciales y materiales de la vida cotidiana. Dicho daño deberá manifestarse no más de 30 días después de la lesión accidental, requerir hospitalización de un mínimo de cinco días y persistir por 12 meses consecutivos.
- Pérdida de la vista en un ojo: pérdida total y permanente de la vista en un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: pérdida del habla y de la audición que continúa por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente

25% DEL BENEFICIO TOTAL

- Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano: desmembramiento de cada uno a la altura o por encima de la articulación más cercana a la muñeca.
- Monoplejía: parálisis total de una extremidad.

“Parálisi” significa la pérdida del uso, sin desmembramiento, de una extremidad. Es necesario que un médico determine que la pérdida es completa e irreversible. (“Desmembramiento” significa que la extremidad sufre una separación o ruptura completa del cuerpo.)

BENEFICIO EN CASO DE COMA

Si estás o entras en estado comatoso durante los 365 días posteriores a un accidente cubierto y como resultado de este, se pagará, por hasta 50 meses, un beneficio mensual por estado de coma equivalente a lo que sea mayor entre el 2% del beneficio total o \$100. Este beneficio se paga después de 31 días consecutivos de estar en estado comatoso.

“Coma” significa un estado profundo y total de pérdida de conciencia del cual la persona comatosa no puede ser despertada, incluso con estímulo potente, según determinado por el médico de la persona. Dicho estado deberá comenzar en el término de 365 días después de la lesión accidental y continuar por 31 días consecutivos y deberá ser total, continuo y permanente al final del periodo de 31 días.

La cantidad máxima que te pagará el seguro por accidentes en viajes de negocios por todas las pérdidas cubiertas como resultado de un accidente cubierto es la cantidad total del beneficio. Si más de un asociado sufre una pérdida como resultado del mismo accidente, el máximo que pagará la póliza del seguro por accidentes en viajes de negocios por todas las pérdidas es \$10 millones por accidente y, de ser necesario, los beneficios serán prorrateados entre los asociados afectados que sufrieron una pérdida en el accidente. El pago máximo total se aumenta a \$20 millones si el accidente cubierto ocurre mientras viajas ida o vuelta o asistes a una reunión anual de accionistas de Walmart, una reunión anual de navidad o una reunión de comienzo de año.

Beneficios adicionales

El seguro por accidentes en viajes de negocios provee estos beneficios adicionales:

- Beneficio por uso del cinturón de seguridad: si pierdes la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usas el cinturón de seguridad, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$10,000.
- Beneficio de bolsa de aire: si pierdes la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usas el cinturón de seguridad y se activa una bolsa de aire funcional en el asiento que estabas ocupando, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$10,000.

- Beneficio por gastos funerales: si pierdes la vida en los 365 días posteriores y como resultado de un accidente cubierto, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$5,000.
- Beneficio por evacuación médica: en el caso de que, como resultado de un accidente cubierto, requieras evacuación médica y estés a por lo menos 100 millas de tu residencia, es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$15,000.
- Relocalización y acompañamiento familiar: si tu cónyuge o pareja o hijo dependiente sufre una pérdida cubierta mientras viaja contigo para fines de negocio (o en camino a encontrarse contigo), es posible que se pague un beneficio adicional de hasta \$100,000 por pérdidas sufridas por tu cónyuge o pareja, y de hasta \$10,000 por cada hijo dependiente.

Todos estos beneficios adicionales están sujetos a los criterios de elegibilidad establecidos por Prudential. Contacta a Prudential para obtener información adicional si alguno de estos beneficios podría aplicarte.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán los beneficios del seguro por accidentes en viajes de negocios en los siguientes casos:

- Un suicidio o intento de suicidio, ya sea que esté o no la persona sana de mente
- Lesiones intencionalmente autoinfligidas o cualquier intento de infligir dichas lesiones
- Una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto de la enfermedad
- Un tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto del tratamiento
- Cualquier infección bacteriana o viral, excepto una infección piogénica producto de una cortadura o herida accidental o una infección bacteriana producto de la ingesta accidental de una sustancia contaminada
- Una guerra o un acto de guerra (declarada o no declarada), que incluye la resistencia a una agresión armada o un accidente que ocurre mientras te encuentras en servicio activo a tiempo completo en las fuerzas armadas por más de 30 días (no incluye servicio activo de entrenamiento en la Reserva o la Guardia Nacional)
- Viajar en una aeronave sin licencia
- Viajar como parte de la tripulación de un avión, excepto si este es propiedad y es operado por Walmart
- Cometer o intentar cometer un asalto o un delito
- Estar ebrio conforme a las leyes mientras se conduce un vehículo terrestre, acuático o aéreo o
- Estar bajo la influencia o haber usado una sustancia controlada, según se define en el Título II de Ley de Control y Prevención Comprensiva del Abuso de Drogas de 1970 y

todas sus enmiendas, a menos que la sustancia sea recetada y administrada conforme a las recomendaciones del médico de la persona asegurada.

Cuándo termina la cubierta

La cubierta del seguro por accidentes en viajes de negocios termina en tu último día de empleo.

Si te vas de Walmart y te recontratan

Cuando regreses al trabajo se restablecerá la cubierta que estaba en vigor en tu fecha de terminación (o la cubierta más similar ofrecida por el Plan).

Seguro médico para viajes de negocios internacionales

Hay un seguro médico para viajes de negocios internacionales disponible por medio de una póliza con GeoBlue para los asociados que hacen viajes de negocio al extranjero.

GeoBlue brinda servicios de asistencia en viajes a ti y a tus dependientes elegibles, en el caso de que necesiten tratamiento médico de emergencia mientras viajan para fines de negocios autorizados por la compañía. Walmart paga por esta cubierta en su totalidad y no incurrirás en ningún gasto ni tienes que inscribirte. La cubierta es válida para un viaje de hasta 180 días. La cubierta no está disponible para viajes personales, incluso cuando se añade un viaje personal a uno de negocios.

SERVICIOS DE GEOBLUE

El seguro médico para viajes de negocios de GeoBlue brinda cubierta para tratamiento médico de emergencia que incluye hospitalización, consultas médicas y medicamentos recetados (no incluye medicamentos de venta sin receta).

GeoBlue cuenta con una red de médicos y centros médicos en más de 180 países y también puede concertar citas en tu nombre y hacer los arreglos de facturación directa. Se recomienda que los asociados se comuniquen con Servicio al Cliente de GeoBlue al **888-412-6403** antes de obtener tratamiento médico, a fin de asegurarse de que el tratamiento esté cubierto.

GeoBlue brinda los servicios a continuación:

- Reembolsos por gastos médicos elegibles
- Asistencia para localizar médicos, centros médicos y hacer citas médicas
- Garantías de facturación directa y pagos
- Coordinación de evacuaciones médicas de emergencia al centro médico más cercano y adecuado para el asociado y los familiares que le acompañan y
- Repatriación de los restos en caso de muerte.

Si incurres en gastos médicos, debes presentarlos a GeoBlue para reembolso. No debes cargarlos a una tarjeta de crédito corporativa ni presentarlos para reembolso a través del sistema de viajes y gastos.

Se recomienda que los asociados se registren en geo-blue.com antes de un viaje de negocios usando el código de acceso grupal **QHG99999WALM**. Al registrarte tendrás acceso a servicios y beneficios como los que siguen:

- Capacidad de imprimir la tarjeta de ID de seguro en caso de que la pierdas
- Localizador de médicos/centros médicos
- Verificador de síntomas
- Traducción de términos médicos y medicamentos e
- Información sobre los riesgos a la salud y seguridad.

Cómo descargar la aplicación de GeoBlue: Una vez te hayas registrado, puedes descargar la aplicación de GeoBlue e iniciar sesión con la dirección de correo electrónico y la contraseña que estableciste cuando te registraste en el sitio web. La aplicación te ofrece acceso conveniente a tu tarjeta de ID y a las herramientas de autoservicio de GeoBlue, entre ellas mapas para llegar al centro/proveedor médico aprobado más cercano, hacer citas, etc.

Tarjetas de ID de miembros de GeoBlue: Las tarjetas tendrán el logotipo de Blue Cross Blue Shield y estarán disponibles en el departamento de viajes. Puedes descargar tarjetas adicionales o de reemplazo en geo-blue.com.

Reclamaciones: Por lo general no se requieren formularios de reclamación para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tienes una pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarte con GeoBlue o enviar una reclamación. Para presentar una reclamación vía correo electrónico o fax, descarga el formulario de reclamación y lee las instrucciones detalladas en el Member Hub de geo-blue.com. Envía la reclamación por correo electrónico a claims@geo-blue.com o por fax al **610-482-9623**.

También puedes enviar la reclamación por correo regular. Descarga el formulario de reclamación del Member Hub en geo-blue.com y envíalo completado a:

**GeoBlue
Claims Department
P.O. Box 1748
Southeastern, Pennsylvania 19399-1748**

Las reclamaciones y apelaciones se determinarán según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en la póliza de GeoBlue. Contacta a GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**. Fuera de los Estados Unidos, llama con cargos revertidos al **610-254-5830**.

Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Seguro AD&D	112
Cómo nombrar a un beneficiario	112
Cantidad de cubierta de AD&D	113
Cuándo se pagan los beneficios de AD&D	113
Beneficios adicionales del seguro AD&D	114
Cómo presentar una reclamación al seguro AD&D	116
Cuándo no se pagan los beneficios	116
Interrupción en la cubierta	116
Cuándo termina la cubierta	117
Si te vas de Walmart y te recontratan	117

La información incluida en este capítulo describe los beneficios del seguro por muerte accidental y desmembramiento para asociados, los cuales podrías acceder si:

- Eres un asociado no exento a tiempo completo o asociado exento (gerencial)
- Cumples con todos los requisitos para que la cubierta entre en vigor, incluidos los requisitos de estar activo en el trabajo y
- Te has inscrito a tiempo.

Consulta el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) si tienes preguntas sobre la elegibilidad, la inscripción y los requisitos para que entre en vigor la cubierta o sobre el impacto que puede tener un cambio en la clasificación del puesto de trabajo en tus beneficios.

Esta información representa un resumen de tus beneficios y puede que no incluya todas las disposiciones de la póliza. Si hay una discrepancia entre este documento y la póliza emitida por Prudential con respecto al cálculo de beneficios y las limitaciones de la póliza, regirán los términos de la póliza. Puedes obtener una copia de la póliza comunicándote con el Plan.

Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Los beneficios del seguro AD&D pueden ayudar a pagar los costos de atención médica, cuidado de niños y educación si sufres una lesión grave o mueres en un accidente.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Cambiar la designación de beneficiario	Visita One.Walmart.com/Beneficiary	Los cambios a las designaciones de beneficiario no se pueden hacer por teléfono.
Obtener más detalles		Llama a Prudential al 877-294-7026
Presentar una reclamación		Llama a Prudential al 877-294-7026

Lo que debes saber sobre el seguro AD&D

- No es necesario presentar una Evidencia de Buena Salud para el seguro AD&D, independientemente de la cantidad de cubierta que elijas.
- Si sufres una pérdida cubierta, el seguro AD&D paga un beneficio en un pago global basado en la naturaleza de la pérdida y la cantidad de cubierta que elijas. El plan podría pagar beneficios adicionales dependiendo de las circunstancias de la pérdida cubierta.
- Esta cubierta se ofrece a través de The Prudential Insurance Company of America (Prudential).
- El certificado de seguro está disponible en One.Walmart.com or at Prudential.com/Walmart. El certificado ofrece información detallada sobre el seguro por muerte accidental y desmembramiento que complementa los puntos mencionados en este capítulo.

Seguro AD&D

El seguro AD&D paga un beneficio en un pago global a ti o a tus beneficiarios si tú o un dependiente asegurado sufre una pérdida cubierta. La cantidad del beneficio depende del tipo de pérdida que sufres, según se describe más adelante en este capítulo.

Hay dos decisiones que debes tomar para la cubierta de AD&D. Debes elegir a quién deseas asegurar y la cantidad de la cubierta.

Puedes elegir cubierta para:

- Asociado solamente
- Asociado + dependientes

La cantidad de la cubierta para tus dependientes será un porcentaje de la cantidad de cubierta que eliges para ti mismo (consulta la sección de **Cantidad de cubierta de AD&D** más adelante en este capítulo). Las cantidades disponibles de cubierta para asociados que puedes elegir son:

- \$25,000
- \$50,000
- \$75,000
- \$100,000
- \$150,000
- \$200,000

Los asociados gerenciales también pueden escoger entre las cantidades de cubierta a continuación:

- \$300,000
- \$500,000
- \$750,000
- \$1,000,000

El costo del seguro AD&D se basa en la cantidad de cubierta que escojas, y si eliges la cubierta para el asociado solamente o la de asociado + dependientes.

Cómo nombrar a un beneficiario

A fin de garantizar que el beneficio de seguro AD&D se pague conforme a tus deseos, debes nombrar a un beneficiario o varios. Puedes hacerlo accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary. La designación de beneficiario tiene que ser completada y presentada al Plan antes de tu muerte. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia.

Tú (el asociado) recibirás cualquier beneficio que sea pagadero por tus dependientes asegurados.

Puedes nombrar a quien desees. Si el beneficiario o los beneficiarios que aparecen en la designación de beneficiarios que tiene el Plan en sus archivos son distintos a los que aparecen en tu testamento, prevalecerán los que tiene el Plan.

Si no has designado un beneficiario para el beneficio de seguro AD&D, el pago se hará a los familiares que te sobreviven según se describe en la sección de **Si no nombras a un beneficiario** más adelante.

Es necesario proveer la información que sigue para cada beneficiario:

- Nombre
- Dirección y número de teléfono actuales
- Relación que tiene contigo
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento y
- El porcentaje que deseas designar a cada beneficiario, hasta el 100%.

Si designas a dos beneficiarios o más y no se especifican sus participaciones, compartirán el beneficio del seguro en partes iguales. Si un beneficiario nombrado muere antes que tú, terminará el interés de dicho beneficiario y el beneficio será compartido equitativamente entre los beneficiarios restantes, a menos que tu formulario de beneficiarios indique lo contrario.

Puedes nombrar a un menor como beneficiario; sin embargo, es posible que la ley no permita que Prudential le pague al menor hasta que cumpla la mayoría de edad. Tal vez te convenga consultar con un abogado o asesor financiero antes de nombrar a un menor como beneficiario. Si nombras a un menor como beneficiario, no se podrán pagar los gastos funerales con las ganancias de dicho menor.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Puedes cambiar tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary. Cualquier cambio de beneficiario deberá completarse y enviarse al Plan antes de tu muerte y podrá ser enviado solo por ti, el asociado asegurado. Si no puedes acceder a la herramienta de beneficiarios en línea, debes comunicarte con tu Representante de RH o con la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para recibir asistencia.

SI NO NOMBRAS A UN BENEFICIARIO

Si no has nombrado a un beneficiario o no hay un beneficiario que te sobreviva al momento de tu muerte, el pago será efectuado a los miembros de tu familia que te sobreviven en el orden que sigue:

1. Cónyuge o pareja de la persona difunta; si no te sobreviven, entonces
2. Hijos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
3. Padres en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
4. Hermanos en partes iguales; si no te sobreviven, entonces
5. Tu herencia.



Es importante mantener al día la información del beneficiario. El pago irá a la persona que aparece en tu designación de beneficiario en los archivos del Plan, independientemente de tu relación actual con esa persona, a menos que la ley disponga lo contrario. Puedes cambiar a tus beneficiarios en cualquier momento accediendo a One.Walmart.com/Beneficiary.

Cantidad de cubierta de AD&D

Cuando te inscribes en el seguro AD&D, la cantidad de cubierta que seleccionas es la que aplica a ti, el asociado. Si te inscribes en la cubierta de asociado + dependientes, la cantidad de cubierta de tus dependientes es un porcentaje de la cantidad de cubierta del asociado. La cantidad de cubierta para tus dependientes se basa en el tipo de dependiente que cubres. Consulta la tabla de **Cantidad total del beneficio** más adelante para ver la información sobre la cantidad de cubierta que corresponde a tus familiares.

Cuándo se pagan los beneficios de AD&D

En el caso de que sufras o tu dependiente sufra (si eliges cubierta de asociado + dependientes) una lesión accidental que es la causa única y directa de una pérdida cubierta, los beneficios se pagarán cuando se haya proporcionado debidamente prueba de la lesión accidental y la pérdida cubierta a Prudential.

Prudential considerará que la pérdida es un resultado directo de una lesión accidental cuando la misma es producto de una exposición inevitable a los elementos.

“Causa única y directa” significa que la pérdida cubierta ocurre en los 12 meses posteriores a la fecha de la lesión accidental y fue el resultado directo de la lesión accidental, independiente de otras causas.

PÉRDIDAS CUBIERTAS POR LAS CUALES SE PAGA EL BENEFICIO TOTAL

Se pagará el beneficio total para las siguientes pérdidas cubiertas ocasionadas por un accidente:

- Pérdida de vida: se concluirá que has perdido la vida si tu cuerpo no ha sido encontrado al año de haberse desaparecido, varado, hundido o destruido cualquier vehículo que ocupabas.
- Pérdida de ambas manos por encima de las articulaciones de las muñecas; ambos pies por encima de los tobillos; pérdida total y permanente de la vista en ambos ojos; pérdida del habla y la audición en ambos oídos que dura más de seis meses consecutivos después del accidente.
- Pérdida de un pie y una mano: desmembramiento a la altura o por encima de la muñeca o del tobillo.
- Pérdida de un brazo o una pierna: desmembramiento a la altura o por encima del codo o de la rodilla.
- Pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo: desmembramiento a la altura o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo, con una pérdida total o permanente de la vista de un ojo.
- Cuadriplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores.
- Paraplejía: parálisis total de ambas extremidades inferiores.
- Hemiplejía: parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo.

CANTIDAD TOTAL DEL BENEFICIO				
Cantidad de la cubierta para asociados	Si un cónyuge/pareja es el único dependiente asegurado	Si tanto el cónyuge/la pareja como los hijos son dependientes asegurados		Si solo los hijos son dependientes
Asociado – 100%	Cónyuge/pareja – 50%	Cónyuge/pareja – 40%	Hijos – 10%	Hijos – 25%
\$25,000	\$12,500	\$10,000	\$2,500	\$6,250
\$50,000	\$25,000	\$20,000	\$5,000	\$12,500
\$75,000	\$37,500	\$30,000	\$7,500	\$18,750
\$100,000	\$50,000	\$40,000	\$10,000	\$25,000
\$150,000	\$75,000	\$60,000	\$15,000	\$37,500
\$200,000	\$100,000	\$80,000	\$20,000	\$50,000
Asociados gerenciales solamente:				
\$300,000	\$150,000	\$120,000	\$30,000	\$75,000
\$500,000	\$250,000	\$200,000	\$50,000	\$125,000
\$750,000	\$375,000	\$300,000	\$75,000	\$187,500
\$1,000,000	\$500,000	\$400,000	\$100,000	\$250,000

50% DEL BENEFICIO TOTAL

Se pagará el 50% del beneficio total para las siguientes pérdidas cubiertas ocasionadas por un accidente:

- Daño cerebral: daño cerebral significa un daño físico permanente e irreversible al cerebro que causa una incapacidad total para realizar todas las funciones y actividades sustanciales y materiales normales de la vida cotidiana. Dicho daño deberá manifestarse no más de 30 días después de la lesión accidental, requerir hospitalización de un mínimo de cinco días dentro de los 30 días posteriores al accidente y continuar por 12 meses consecutivos;
- Pérdida de una mano o un pie: desmembramiento a la altura o por encima de la muñeca o del tobillo.
- Pérdida de la vista en un ojo: pérdida total y permanente de la vista en un ojo.
- Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos: pérdida total y permanente del habla o de la audición (es decir, que continúe por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente).

25% DEL BENEFICIO TOTAL

Se pagará el 25% del beneficio total para las siguientes pérdidas cubiertas ocasionadas por un accidente:

- Pérdida de audición en un oído: pérdida total y permanente de la audición (es decir, que continúe por un mínimo de seis meses consecutivos después del accidente).
- Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano: desmembramiento a la altura o por encima del punto en que se unen a la mano.
- Monoplejía: parálisis total de una extremidad.

"Parálisis" significa la pérdida del uso, sin desmembramiento, de una extremidad. Es necesario que un médico determine que la pérdida es completa e irreversible. "Desmembramiento" significa que la extremidad sufre una separación o ruptura completa del cuerpo.

BENEFICIO EN CASO DE COMA

Si tú o tu dependiente asegurado está o entra en estado comatoso durante los 365 días posteriores a un accidente causante, se pagará a ti, a tu cónyuge/pareja, a tus hijos o a un tutor legal por 11 meses consecutivos un beneficio por estado de coma equivalente al 1% de la cantidad total de tu beneficio. Este beneficio se paga después de 31 días consecutivos de estar en estado comatoso. Si tú o tu dependiente asegurado permanece en estado comatoso más allá de los 11 meses, se efectuará un pago a ti o a tu beneficiario designado por la cantidad total de la cubierta menos cualquier beneficio del seguro AD&D que ya se haya pagado.

"Coma" significa un estado profundo y total de pérdida de conciencia del cual la persona comatosa no puede ser despertada, incluso con estímulo potente, según determinado por el médico de la persona.

Dicho estado deberá comenzar en el término de 365 días después de la lesión accidental y continuar por 31 días consecutivos y deberá ser total, continuo y permanente al final del periodo de 31 días.

La cantidad máxima que pagará el seguro AD&D por todas las pérdidas cubiertas de una persona como resultado de un accidente cubierto es la cantidad máxima del beneficio.

Beneficios adicionales del seguro AD&D

El Plan podría pagar beneficios adicionales:

- Beneficio por uso del cinturón de seguridad: si tú y/o tus dependientes asegurados pierden la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usan el cinturón de seguridad, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio por conducción segura de una motocicleta: si tú y/o tus dependientes asegurados pierden la vida como resultado de un accidente cubierto que ocurre mientras usan un casco, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de reembolso de matrícula: si tú (el asociado) falleces, es posible que se pague un beneficio de educación a tu cónyuge/pareja.
- Beneficio de reembolso de matrícula y cuidado de hijos: si tú (el asociado) o tu cónyuge/pareja cubierta fallece, es posible que se pague un beneficio de cuidado y/o educación de hijos.
- Beneficio por modificación al hogar y al vehículo: si tú y/o tus dependientes asegurados sufren una pérdida cubierta que requiere una modificación de tu hogar o vehículo, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio de prima médica mensual de COBRA: si tú (el asociado) sufre una lesión corporal accidental cubierta que ocasiona una terminación de empleo después de una licencia, es posible que se pague un beneficio adicional para ayudar con la continuación de los beneficios médicos del Plan de Salud y Bienestar para Asociados.
- Beneficio mensual por rehabilitación: si tú y/o tus dependientes asegurados sufren una lesión corporal accidental cubierta que requiere una rehabilitación médicamente necesaria, es posible que se pague un beneficio adicional.
- Beneficio por accidente en común: si tú (el asociado) y tu cónyuge/pareja cubierta ambos pierden la vida debido al mismo accidente o accidentes que ocurren a 48 horas uno del otro, es posible que se pague un beneficio por accidente en común.

Todos los beneficios adicionales del seguro AD&D están sujetos a los criterios de elegibilidad establecidos por Prudential. Contacta a Prudential para obtener información si alguno de estos beneficios podría aplicarte.

BENEFICIOS ADICIONALES		
Beneficios	Cantidad del beneficio	Limitaciones
Beneficio por uso del cinturón de seguridad	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona estaba usando un cinturón de seguridad al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
Beneficio por conducción segura de una motocicleta	\$10,000	Si no se puede determinar que la persona estaba usando el equipo de seguridad necesario al momento del accidente, se pagará un beneficio de \$1,000.
Reembolso de matrícula para cónyuge/pareja	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> La matrícula real cobrada por el programa; El 10% de la cantidad de tu seguro (del asociado) y \$25,000 	Pagadero por hasta 4 años. Debe estar matriculado en un programa profesional o vocacional en el término de 30 meses después de tu muerte.
Reembolso de matrícula para un hijo	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> La matrícula anual, sin incluir alojamiento y comida, cobrada por la escuela; El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y \$25,000 	Pagadero anualmente por hasta 4 años consecutivos pero no después de que el hijo cumpla los 26 años. El hijo debe estar matriculado como estudiante a tiempo completo en la fecha de tu muerte; o, si estaba en el grado 12 en la fecha de tu muerte, se convierte en estudiante a tiempo completo en el término de 365 días a partir de la fecha de tu muerte.
Beneficio de cuidado de hijos	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> El costo real cobrado por un centro de cuidado de niños por año; El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y \$12,500 	Pagadero anualmente por hasta 5 años consecutivos pero no después de que el hijo cumpla los 13 años. El hijo debe estar matriculado en la fecha de tu muerte o en el término de 90 días después de esa fecha.
Beneficio por modificación al hogar y al vehículo	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> El costo actual cobrado por el arreglo o la modificación; El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y \$10,000 	Pagadero por una cantidad no mayor de \$10,000.
Beneficio de prima médica mensual para asociados (COBRA)	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> La cantidad de la prima del seguro médico; El 5% de la cantidad de tu seguro (del asociado) y \$500 	Pagadero mensualmente hasta que ocurra lo primero entre: <ul style="list-style-type: none"> Termina tu inscripción continuada en el Plan Médico para Asociados. Obtienes una cubierta bajo cualquier otro plan médico grupal El beneficio se ha pagado por 36 meses consecutivos
Beneficio de prima de seguro médico para dependientes (COBRA)	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> La cantidad real de la prima de seguro médico y \$10,000 	Pagadero anualmente hasta que ocurra lo primero entre: <ul style="list-style-type: none"> Termina la inscripción continuada de tu dependiente en el Plan Médico para Asociados (PMA). El dependiente obtiene cubierta bajo cualquier otro plan médico grupal El beneficio ha sido pagado por 3 años consecutivos
Beneficio mensual por rehabilitación	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> El 10% de la cantidad del seguro de la persona que incurre en la pérdida y \$250 	Pagadero mensualmente hasta que ocurra lo primero entre: <ul style="list-style-type: none"> Un médico determina que la persona ya no necesita rehabilitación La persona no proporciona las pruebas requeridas de necesidad continua de rehabilitación La persona no se somete a un examen médico requerido El beneficio ha sido pagado por 36 meses consecutivos
Beneficio por accidente en común	Una cantidad equivalente a la menor entre: <ul style="list-style-type: none"> La cantidad pagadera bajo la cubierta por la pérdida de tu vida y La cantidad pagadera bajo la cubierta por la pérdida de vida de tu cónyuge/pareja 	

Cómo presentar una reclamación al seguro AD&D

Se debe proporcionar a Prudential la siguiente información sobre la persona reclamante:

- Nombre
- Número de Seguro Social
- Fecha de muerte o lesión y
- Causa de muerte o lesión (si se conoce).

Prudential enviará la documentación de reclamaciones a la dirección que tienes registrada. Es necesario que se complete la información requerida y se devuelva junto con los formularios de reclamación y un original o copia certificada del acta de defunción, si corresponde, a:

The Prudential Insurance Company of America
Group Claim Life Division
P.O. Box 70182
Philadelphia, Pennsylvania 19176

Los beneficios se pagan en un pago global. Si tú o un dependiente asegurado sufre más de una pérdida cubierta debido a una lesión accidental, la cantidad pagada en nombre de la persona lesionada no excederá la cantidad total del beneficio.

Las reclamaciones se determinan según los mismos periodos de tiempo y los mismos requisitos indicados en el capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#). Tú o tu beneficiario tienen el derecho de apelar una reclamación denegada.

Cuándo no se pagan los beneficios

No se pagarán los beneficios del seguro AD&D por una pérdida que ocurra antes de la inscripción en el Plan o que sea causada o afectada por lo siguiente:

- Un suicidio o intento de suicidio, ya sea que esté o no la persona sana de mente
- Lesiones intencionalmente autoinflingidas o cualquier intento de infligir dichas lesiones
- Una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto de la enfermedad
- Un tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, independientemente de que la pérdida sea el resultado directo o indirecto del tratamiento
- Infección bacteriana o viral, excepto:
 - Una infección piogénica producto de una cortadura o herida accidental o
 - Una infección bacteriana producto de la ingesta accidental de una sustancia contaminada.

- Participar en una insurrección de cualquier tipo
- La guerra, ya sea declarada o no, o cualquier acto de guerra
- Un accidente que ocurra mientras la persona se encuentra en servicio militar activo a tiempo completo por más de 30 días en cualquiera de las fuerzas armadas (no incluye servicio activo de entrenamiento en la Reserva o la Guardia Nacional)
- Viajar o volar en un vehículo utilizado para navegación aérea (incluye abordar o desembarcar dicho vehículo) si la persona viaja como pasajero en una aeronave que no está diseñada o autorizada para el transporte de pasajeros (incluye abordar o desembarcar dicho vehículo)
- Cometer o intentar cometer un asalto o un delito
- Estar ebrio conforme a las leyes mientras conduce un vehículo terrestre, acuático o aéreo
- Estar bajo la influencia o haber usado una sustancia controlada, según se define en el Título II de Ley de Control y Prevención Comprensiva del Abuso de Drogas de 1970 y todas sus enmiendas, a menos que la sustancia sea recetada y administrada conforme a las recomendaciones del médico de la persona asegurada.

Interrupción en la cubierta

Podría haber ocasiones en las que tengas que hacer arreglos especiales para pagar las primas del seguro AD&D a fin de evitar una interrupción en la cubierta. Estas situaciones ocurren mayormente cuando estás de licencia o cuando el cheque de nómina de Walmart no es suficiente para pagar tu parte del costo de cubierta (por ej., después de una reducción de horas). No efectuar los pagos de las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento podría causar una interrupción en el pago de cualquier reclamación de beneficios o la cancelación la cubierta.

Para ver los detalles sobre cómo efectuar los pagos de las primas para continuar con la cubierta, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

SI TE VAS DE LICENCIA

Puedes continuar la cubierta hasta el último día de una licencia aprobada, siempre y cuando pagues las primas antes de comenzar la licencia o durante la misma. Para obtener información sobre cómo efectuar los pagos mientras estás de licencia, consulta [Cómo mantener las primas al día](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#).

Cuándo termina la cubierta

La cubierta AD&D termina:

- El día en que te des de baja de la cubierta voluntariamente (según se describe a continuación)
- Cuando termine tu empleo
- El último día de cubierta para la cual se pagaron las primas, si dejas de pagar las primas en el término de 30 días a partir de la fecha de vencimiento
- En la fecha de tu muerte
- En la fecha en que tu o un cónyuge/pareja o hijo dependiente deja de ser elegible
- El último día de una licencia aprobada (a menos que regreses al trabajo) o
- Cuando Walmart deje de ofrecer el beneficio. La cubierta AD&D no puede convertirse a una póliza individual después de terminada la cubierta.

Además, si tu estatus laboral cambia al de asociado no exento a tiempo parcial o temporero, tu cubierta terminará el último día del período de nómina en el que cambió tu estatus laboral.

En el caso de que cambie la clasificación de tu puesto de trabajo, consulta la sección de [Traslado de una clasificación del puesto de trabajo a otra](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para información sobre cualquier efecto que esto pueda tener en tu cubierta.

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

- **Después de un evento de cambio de selección:** la cubierta termina en la fecha de vigencia del evento. Consulta [Cambios de elección permitidos fuera del periodo de Inscripción Anual](#) en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para más información.
- **En la Inscripción Anual:** la cubierta termina el 31 de diciembre del año en curso.

Si te vas de Walmart y te recontratan

Consulta la sección de [Si dejas la compañía y te recontratan](#) del capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#) para ver los detalles sobre el impacto que puede tener en tus beneficios que des por terminado tu empleo con Walmart y luego regreses.

Reclamaciones y apelaciones

Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal	120
Cómo apelar una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad	120
Proceso de reclamaciones médicas, dentales y de farmacia	121
Proceso de apelaciones internas	123
Revisión voluntaria	125
Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, dentales y de farmacia	126
Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, dentales y de farmacia	127
Los derechos del Plan respecto a subrogación y reembolso	128
Reclamaciones de beneficios y derecho a apelar las decisiones sobre reducción, reembolso y subrogación	129
Proceso de reclamaciones al seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro AD&D	131
Proceso de reclamaciones y apelaciones para la cubierta de incapacidad a corto plazo	133
Proceso de reclamaciones y apelaciones para la cubierta de incapacidad a largo plazo	133
Mis Recursos de Salud Mental	135

Reclamaciones y apelaciones

Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados, tienes el derecho de apelar una decisión acerca de tu elegibilidad para el Plan y sus beneficios. Este capítulo describe el proceso y las fechas límite para apelar una determinación relacionada con tu estatus de inscripción o elegibilidad o para una reclamación relacionada con los beneficios a continuación que haya sido denegada parcial o totalmente: seguro médico, de farmacia, dental, por incapacidad, seguro de vida y seguro de AD&D.

RECURSOS	
Encuentra lo que necesitas	
Presentar una reclamación de beneficios	Las reclamaciones deben presentarse dentro de las fechas límite indicadas en este capítulo. Para las reclamaciones médicas, de farmacia y dentales, consulta las direcciones que aparecen más adelante en este capítulo o llama a tu asesor de servicios de salud al número indicado en la tarjeta de ID del Plan. Debes presentar todas las demás reclamaciones a los administradores externos del Plan según se explica más adelante en este capítulo.
Apelar una reclamación denegada	<p>Presenta las apelaciones dentro de las fechas límite indicadas en este capítulo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reclamaciones médicas a MCS Life • Reclamaciones de farmacia a MC-Rx • Reclamaciones dentales a Delta Dental of Puerto Rico, Inc. • Seguro de vida, seguro por accidentes en viajes de negocio y seguro AD&D a Prudential • Seguro de incapacidad a corto plazo a Multinational, luego al Departamento del Trabajo de PR • Seguro de incapacidad a largo plazo a Lincoln <p>La carta inicial de decisión sobre la reclamación también especificará dónde y cuándo presentar una apelación.</p>
Apelar una decisión sobre elegibilidad para cubierta o estatus de inscripción	<p>Escribe a:</p> <p>Mail Stop 3610 – Benefits Total Rewards Team Attn: Internal Appeals 508 SW 8th Street, Bentonville, Arkansas 72716-3610</p> <p>O envía un correo a ghappeal@wal-mart.com</p> <p>NOTA: Es necesario que envíes tu solicitud a la dirección específica indicada arriba, incluido el “mail stop”. Si la solicitud no llega a esta dirección, el Plan la recibirá con retraso.</p> <p>O, para apelaciones de cubierta de COBRA, escribe a:</p> <p>Alight Solutions Centro de Beneficios COBRA para Walmart P.O. Box 194926, San Juan, Puerto Rico 00919-4926</p>
Designar a un representante autorizado para presentar reclamaciones en tu nombre	Llama a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065 .

Lo que debes saber sobre las reclamaciones y apelaciones

- Tienes el derecho de apelar una decisión adversa sobre inscripción o elegibilidad que afecte tu cubierta.
- Tienes el derecho de apelar una decisión adversa respecto a los beneficios solicitados, incluidas las solicitudes de autorización previa.
- Debes presentar las reclamaciones de beneficios directamente al administrador externo o al proveedor del Plan.
- Tienes el derecho de apelar una reclamación que haya sido denegada total o parcialmente.
- Puedes nombrar a otra persona para presentar la apelación en tu nombre completando el formulario de representante autorizado del Plan.
- Después de que el administrador externo o el Plan tome una decisión final acerca de la apelación de una reclamación médica o de farmacia, es posible que tengas derecho a solicitar una revisión externa independiente de dicha decisión si la reclamación se deniega basándose en un criterio médico o en una determinación de que la reclamación no está sujeta a protecciones contra facturas sorpresa.
- Las decisiones acerca de inscripción y estatus de elegibilidad y las preguntas acerca de los periodos de espera para elegibilidad no cualifican para revisiones externas pero sí para revisiones voluntarias del Plan. Además, para los planes médicos y dentales, las apelaciones denegadas por razones administrativas no médicas (por ej., porque te excediste del límite de visitas del Plan) cualifican para revisión voluntaria según el Plan.
- Tienes el derecho de entablar una acción legal si te deniegan la apelación de una reclamación, pero solo después de agotar todos los procedimientos de reclamaciones y apelaciones del Plan.
- **Es necesario que envíes tu solicitud a la dirección específica indicada arriba, incluido el “mail stop”. Si la solicitud no llega a esta dirección, el Plan la recibirá con retraso.**

Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal

Debes presentar la reclamación al Plan en el término de seis meses. A menos que se especifique lo contrario en el capítulo que describe el beneficio en cuestión, o en este capítulo, las reclamaciones iniciales de beneficios del Plan deberán presentarse en el término de 6 meses a partir de la fecha del servicio (180 días para reclamaciones de farmacia) u otra fecha en la que primero surja el derecho a presentar una reclamación. Dado que los procedimientos para presentar una reclamación o una apelación son diferentes para los distintos planes de beneficios y administradores externos, no dejes de revisar la sección pertinente de este capítulo para obtener los detalles.

Debes cumplir con todas las fechas límite de reclamaciones y apelaciones y agotar los remedios administrativos antes de poder tomar otra acción legal. Deberás completar las reclamaciones y los procesos de apelación requeridos tal como se indican en este capítulo de [Reclamaciones y apelaciones](#) antes de poder entablar una acción legal o, en el caso de ciertas reclamaciones médicas, de farmacia o dentales, acudir a una revisión externa. No puedes entablar una demanda por beneficios si no presentas la reclamación o apelación inicial dentro de los plazos de tiempo establecidos en los procedimientos para reclamaciones del Plan. Puedes nombrar a otra parte para presentar la apelación en tu nombre completando el formulario de representante autorizado del Plan.

Tienes un tiempo limitado para entablar una demanda de reclamación de beneficios. Si has completado todas las reclamaciones y apelaciones requeridas y deseas entablar una demanda por beneficios es necesario que lo hagas en el término de 180 días después de la decisión final sobre la apelación (ya sea del Plan o después de una revisión externa). No puedes entablar una demanda después de que haya vencido ese periodo de 180 días. Si solicitas una revisión voluntaria o, si corresponde, una revisión externa, no se contará el tiempo empleado en la revisión voluntaria hacia los 180 días que tienes para entablar una demanda. Sin embargo, no es requisito que solicites una revisión voluntaria del Plan o una revisión externa de la decisión sobre la apelación antes de entablar una demanda.

NO SE PUEDEN CEDER LOS BENEFICIOS

No puedes ceder tus derechos legales, como el derecho a presentar apelaciones, el derecho a solicitar copias de ciertos documentos relacionados con el plan, el derecho a acudir a cualquier tipo de litigación en tu nombre, que incluye pero no se limita a litigación por el pago de beneficios, el derecho de acudir a litigación por incumplimiento de deber fiduciario, el derecho de acudir a litigación para buscar un alivio equitativo, el derecho de acudir a litigación para recuperar multas reglamentarias o tus derechos a recibir cualquier pago de este Plan. Sin embargo, el Plan puede optar por remitir los pagos de beneficios directamente a los proveedores de servicios médicos, pero solo para conveniencia tuya y solo si autorizas al Plan a hacerlo. Los proveedores de servicios médicos no son, ni se debe interpretar que sean, "participantes" o "beneficiarios" conforme a este Plan y no tienen derecho a recibir beneficios del Plan ni de ejercer derechos legales o presentar apelaciones o causas de acción legal en nombre (o en lugar) tuyo o de tus dependientes bajo ninguna circunstancia.

Cómo apelar una decisión sobre el estatus de inscripción o elegibilidad

Esta sección describe el proceso de apelación que aplica a determinaciones de inscripción y elegibilidad.

Si no estás de acuerdo con la determinación del Administrador del Plan acerca de tu estatus de inscripción o elegibilidad, tienes 180 días a partir del evento de elegibilidad para inscripción para apelar por escrito a la dirección que aparece en la tabla de [Recursos](#) al principio de este capítulo.

NOTA: El periodo límite para los eventos de inscripción que ocurrieron antes del 1 de enero de 2025 es de 365 días.

Los participantes de COBRA deben enviar la apelación por escrito a Alight a la dirección que aparece en la tabla de [Recursos](#) al principio de este capítulo.

Tu apelación se tramitará en el término de 60 días a partir de la fecha en que se recibe (30 días para apelaciones de COBRA), a menos que se requiera una prórroga.

El período de 60 días podría extenderse si se determina que la prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan. Se te notificará antes del final del periodo de 60 días si se requiere una prórroga o información adicional.

Las apelaciones de decisiones de inscripción o elegibilidad no cualifican para una revisión externa pero sí para revisiones voluntarias. Consulta la sección de [Revisión voluntaria](#) más adelante en este capítulo.

Proceso de reclamaciones médicas, dentales y de farmacia

Esta sección describe el proceso de apelación que se usará para los siguientes beneficios solamente:

- Beneficios médicos y de farmacia
- Beneficios dentales
- Una rescisión de la cubierta, que es una cancelación de una cubierta con efecto retroactivo. Una cancelación de la cubierta debido a incumplimiento de los pagos de aportaciones o primas a tiempo no es una rescisión y no está sujeta al proceso de reclamaciones.

Si optas por notificar voluntariamente de antemano al administrador externo sobre un servicio médico programado antes de recibir el tratamiento y no se requiere una autorización previa para el servicio médico, la respuesta del administrador externo no es vinculante para el Plan y no está sujeta a apelación. Sin embargo, si los términos o las políticas del Plan, según aplicadas por el administrador externo, te exigen o exigen a tu proveedor una autorización previa de los servicios, y si se deniega la solicitud de autorización previa, esa decisión estará sujeta a apelación.

Las reclamaciones iniciales serán determinadas por el administrador externo indicado en la tabla a continuación.

PERIODOS DE TIEMPO PARA LAS DETERMINACIONES SOBRE RECLAMACIONES

El tiempo que tomará determinar la reclamación depende del tipo de reclamación.

Reclamaciones pre-servicio. El Plan exige autorización previa para ciertos servicios. Tú o tu proveedor tendrá que presentar una reclamación para que aprueben estos beneficios antes de recibir el tratamiento, o es posible que no se paguen. Estas reclamaciones se conocen como “reclamaciones pre-servicio”.

Reclamaciones de atención urgente. Si tu reclamación pre-servicio es urgente, se decidirá en los plazos de tiempo establecidos para la atención de urgencia. Una reclamación se considera urgente cuando tomar una determinación en los plazos de tiempo normales pondría en peligro grave tu vida, salud o capacidad de recuperar las funciones al máximo, o si, en la opinión de un médico conector de tu condición médica, una demora te sometería a un dolor severo que no podría tratarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento para el cual se presenta la reclamación.

Reclamaciones post-servicio. Si estás presentando una reclamación después de haber recibido los servicios, esta sería una reclamación post-servicio. Si la reclamación surge cuando se reduce una atención médica continua, sería una reclamación de atención concurrente.

Reclamaciones de atención concurrente. Si la reclamación surge cuando se reduce una atención continua, como por ejemplo una reducción en el tiempo de una hospitalización previamente aprobada o una reducción en el número de visitas de terapia física previamente aprobado, o si solicitas una prórroga de un curso de tratamiento continuo, esta sería una “reclamación de atención concurrente”.

ADMINISTRACIÓN DE RECLAMACIONES: RECLAMACIONES RUTINARIAS MÉDICAS, DE FARMACIA Y DENTALES

Seguro médico	MCS Life
Farmacia	MC-Rx
Seguro Dental	Delta Dental of Puerto Rico

La tabla titulada [Proceso y tiempo de las reclamaciones](#) en la próxima página, muestra las fechas límite para determinar estos tipos de reclamaciones.

PROCESO Y TIEMPO DE LAS RECLAMACIONES

Reclamaciones urgentes

Una reclamación de atención o tratamiento médico se considera urgente cuando tomar una determinación en los plazos de tiempo normales pondría en peligro grave tu vida, salud o capacidad de recuperar las funciones al máximo, o si, en la opinión de un médico conocedor de tu condición médica, una demora te sometería a un dolor severo que no podría tratarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento para el cual se presenta la reclamación.

Se enviará notificación en cuanto sea posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, y en ningún caso más de 72 horas después de recibirse la reclamación. La notificación se enviará independientemente de si la reclamación se aprueba o se deniega.

La notificación puede ser verbal, en cuyo caso se te enviará una notificación escrita en el plazo de tres días a partir de la notificación verbal. Si se determina que tu reclamación urgente está incompleta, recibirás aviso de esto no más de 24 horas después de recibirse la reclamación, y tendrás 48 horas para proveer la información adicional.

Si solicitas una prórroga de los beneficios de atención urgente más allá del periodo determinado inicialmente y haces la solicitud por lo menos 24 horas antes de vencerse la determinación original, serás notificado en el término de 24 horas después de recibirse la solicitud.

Reclamaciones pre-servicio

Una reclamación por servicios que aún no han sido brindados y para los cuales el Plan exige autorización previa.

Si presentas la reclamación pre-servicio debidamente, te enviarán una determinación dentro de un plazo de tiempo razonable y apropiado para las circunstancias médicas, pero no más de 15 días después de recibirse la reclamación.

En el caso de que sea necesaria una prórroga debido a asuntos fuera del control del Plan, el tiempo podría extenderse 15 días. Recibirás una notificación antes de la prórroga indicando las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha para la cual el Plan espera emitir la determinación. Si la prórroga es necesaria para solicitar información adicional, la notificación describirá la información que se requiere y te darán un mínimo de 45 días para presentarla. Entonces el Plan tomará su determinación en el término de 15 días a partir de la fecha en que recibe la información, o, si ocurre antes, la fecha límite para someter la información.

Si no presentas la reclamación pre-servicio debidamente, te enviarán una notificación en el término de cinco días después de recibirse la reclamación.

Reclamaciones post-servicio

Una reclamación por servicios que ya han sido brindados o para los cuales el Plan no exige autorización previa.

Te notificarán la denegación de una reclamación post-servicio dentro de un plazo razonable de tiempo, pero no más de 30 días después del recibo de la reclamación.

En el caso de que sea necesaria una prórroga debido a asuntos fuera del control del Plan, el periodo podría extenderse 15 días. Recibirás una notificación antes de la prórroga indicando las circunstancias que exigen la prórroga y la fecha para la cual el Plan espera emitir la determinación. Si la prórroga es necesaria para solicitar información adicional, la notificación describirá la información que se requiere y te darán un mínimo de 45 días para presentarla. Entonces el Plan tomará su determinación en el término de 15 días a partir de la fecha en que recibe la información, o, si ocurre antes, la fecha límite para someter la información.

Reclamaciones de atención concurrente

Una reclamación relacionada con la reducción de servicios médicos continuos o una solicitud de prórroga de un curso de tratamiento continuo.

Se te notificará por adelantado de cualquier decisión de reducir o dar por terminada una cubierta de atención continua, de manera que puedas apelar la decisión antes de que se reduzca o termine la cubierta, a menos que dicha reducción o terminación se deba a una enmienda del Plan o a la terminación del Plan.

AVISO DE DENEGACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Si se deniega la reclamación, el aviso incluirá la información que sigue:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación
- Información acerca de los límites de tiempo para apelar
- Una descripción de la información adicional necesaria para considerar la reclamación y por qué dicha información es necesaria
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación
- Si la denegación se basa en una necesidad médica o una limitación similar, una explicación de esta regla (o una declaración de que está disponible a solicitud) y
- Una notificación acerca de tu derecho a entablar una acción legal si se deniega la apelación.

Para los beneficios médicos, dentales y de farmacia la denegación también incluirá:

- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha del servicio, el proveedor médico y la cantidad de la reclamación, si corresponde
 - A tu solicitud por escrito, el Plan te indicará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) relacionados con una reclamación o apelación denegada.
- El código de denegación y su significado
- Una descripción del criterio del Plan para denegar la reclamación
- Información acerca de las apelaciones internas y externas disponibles, que incluye cómo iniciar una apelación y
- La disponibilidad de información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor en asuntos de seguro médico o procurador que pueda ayudarte con el proceso de apelaciones internas y externas.

ALGUNOS TIPOS DE DISPUTAS DE PAGOS NO SON “DENEGACIONES” DE RECLAMACIONES

No todas las situaciones de disputa entre el Plan y el proveedor de atención médica se considerarán reclamaciones de beneficios bajo estos procedimientos de reclamación que dan como resultado una notificación de denegación o un derecho a apelar. Si la decisión se limita a una pregunta sobre la cantidad adeudada por el Plan a un proveedor y no afecta la cantidad que puedas deber al proveedor, por lo general la disputa no caerá bajo estos procedimientos. Esto podría ocurrir, por ejemplo, cuando un proveedor de la red objete la cantidad

negociada y pagada por el administrador externo o cuando un proveedor fuera de la red objete un pago del administrador externo con respecto a un servicio para el cual el proveedor no tiene derecho a cobrarte el balance no pagado según las leyes estatales o federales. El proveedor podría disputar este pago por separado al administrador externo o al Plan, pero no sería una reclamación de los beneficios del Plan bajo estos procedimientos.

Proceso de apelaciones internas

CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN QUE HA SIDO TOTAL O PARCIALMENTE DENEGADA: APELACIONES MÉDICAS, DENTALES O DE FARMACIA

NOTA: La información en esta sección sobre apelaciones médicas incluye un resumen de los beneficios y las condiciones de MCS Life y está sujeta a los términos y condiciones del certificado principal de MCS. Para obtener información adicional, consulta el certificado de beneficios de MCS.

Si se ha denegado una reclamación presentada por ti o en tu nombre, puedes solicitar una apelación de la decisión. Para que se considere la apelación, esta deberá:

- Estar por escrito
- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse en el término de 180 días a partir de la fecha de la denegación inicial (ten presente que para reclamaciones médicas y dentales que surgieron antes del 1 de enero de 2025, el tiempo límite es de 365 días) y
- Incluir cualquier información/documentación adicional que desees se tome en consideración (y en el caso de apelaciones dentales, tu número de ID de inscripción).

Si tu apelación se relaciona con una reclamación urgente, comunícate con el administrador externo para obtener información acerca de cómo presentar la apelación verbalmente.

Cuando apeles, es necesario enviar por escrito la solicitud de la revisión de la reclamación inicial al administrador externo que administra las reclamaciones, según la tabla a continuación o según de otra forma indique la carta de denegación.



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

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA APELACIONES

SERVICIOS MÉDICOS	
<i>Consulta la tarjeta de identificación del plan para ver el nombre del administrador externo.</i>	
MCS-Life	MCS-Life Customer Service Division P.O. Box 3547 San Juan, Puerto Rico 00919-3546 También se puede enviar un Formulario de Presentación de Apelación a MCS a: Grievances and Appeals Unit MCS Plaza P.O. Box 195429 San Juan, Puerto Rico 00919-5429
<p>Otra alternativa es que puedes visitar, o tu representante puede visitar, cualquier Centro de Servicios de MCS para presentar la apelación. Si la visita es respecto a una apelación, será documentada por escrito, o puedes usar el Formulario de Presentación de Apelación de MCS. El formulario pasará a la Unidad de quejas y apelaciones el mismo día que se presenta.</p> <p>Puedes presentar la solicitud verbalmente. Tú, tu representante o el proveedor pueden contactar a MCS al 888-758-1616 (TTY/TDD 866-627-8182). MCS documenta todas las solicitudes verbales por escrito y mantiene la documentación en un archivo del caso siguiendo los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La solicitud se graba en tus propias palabras, las cuales se repiten para que verifiques su exactitud, y se colocan en un sistema de rastreo. • Si un departamento que no sea la Unidad de Quejas y Apelaciones recibe la solicitud, la remite a dicha unidad el mismo día por correo electrónico o fax a fin de abrir el caso y cumplir con las fechas establecidas. 	
FARMACIA	
MC-Rx	MC-Rx Customer Service Department Call Box 4908 Caguas, Puerto Rico 00948
DENTAL	
Delta Dental of Puerto Rico	Delta Dental of Puerto Rico, Inc. Grievance and Appeals 14 Calle 2 Suite 200 Guaynabo, Puerto Rico 00968-1735

La apelación será tramitada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que decidió la reclamación inicial. No habrá deferencia a la determinación inicial, lo que significa que la apelación será una determinación independiente con respecto a la reclamación. Tendrás la oportunidad de enviar comentarios escritos, documentos u otra información para respaldar la apelación. Tienes derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación. El administrador externo, en nombre del Plan, te proveerá cualquier evidencia o razonamiento nuevo o adicional que se haya considerado en tu reclamación con suficiente tiempo de antelación a la fecha de determinación de la apelación para darte una oportunidad razonable de responder.

(Respecto a las apelaciones dentales, puedes revisar los registros de tu solicitud de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. de lunes a

viernes en las oficinas de Delta Dental of Puerto Rico. Como muchos de los registros son electrónicos, debes llamar antes para que tengan las copias listas. Ciertos casos podrían ser referidos a uno de los consultores de Delta Dental, a un comité de revisión de la asociación dental de tu área o la asociación dental del estado para su evaluación.)

Si la reclamación conlleva una pregunta que precisa un criterio médico, el Plan consultará con un profesional de la salud debidamente calificado y con capacitación y experiencia en el campo pertinente de la medicina. Si se consultó con un profesional de la salud para la determinación inicial, se consultará con otro profesional de la salud para efectos de la apelación. A solicitud, el Plan te proporcionará la identificación de cualquier experto médico que haya sido consultado en nombre del Plan para fines de tu apelación.

Se tomará una decisión final dentro de los periodos de tiempo especificados en la tabla que sigue, dependiendo del tipo de reclamación:

PROCESO Y TIEMPO DE DETERMINACIÓN DE LAS APELACIONES	
Reclamaciones urgentes	Te notificarán la determinación en cuanto sea posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero no más de 48 horas después de recibirse la reclamación (72 horas para reclamaciones de farmacia).
Reclamaciones pre-servicio	Te notificarán la determinación en un periodo razonable de tiempo, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero no más de 15 días después de recibirse la solicitud (30 días para reclamaciones dentales).
Reclamaciones post-servicio	Te notificarán la determinación en un periodo razonable de tiempo, pero no más de 30 días después de la fecha de recibo de tu solicitud (60 días para reclamaciones dentales).

Si se deniega la reclamación después de apelada, recibirás un aviso de denegación que incluye:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencias a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación y, en el caso de reclamaciones médicas, los títulos y las credenciales de las personas que revisaron la apelación
- Una declaración que describe tu derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación
- Si la denegación se basa en una necesidad médica o limitación similar, una explicación de esa regla (o una declaración de que está disponible a solicitud)
- Una descripción de los procedimientos de revisión voluntaria disponibles y
- Una notificación acerca de tu derecho a entablar una acción legal si se deniega la apelación.

Para los beneficios médicos, dentales y de farmacia la denegación también incluirá:

- Información suficiente para identificar la reclamación, incluida la fecha del servicio, el proveedor médico y la cantidad de la reclamación (si corresponde)
 - A tu solicitud por escrito, el Plan te indicará los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) relacionados con una reclamación o apelación denegada.
- El código de denegación y su significado

- Una descripción del criterio del Plan para denegar la reclamación
- Información acerca de las apelaciones internas y externas disponibles, que incluye cómo iniciar una apelación y
- La disponibilidad de información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor en asuntos de seguro médico o procurador que pueda ayudarte con el proceso de apelaciones internas y externas.

Revisión voluntaria

En las situaciones descritas a continuación, puedes solicitar una revisión voluntaria de una apelación que ha sido denegada. La revisión voluntaria es opcional. *No es requisito que solicites una revisión voluntaria a fin de que se considere que has agotado los remedios administrativos.*

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN DENEGADA: DETERMINACIONES RESPECTO A ESTATUS DE INSCRIPCIÓN O ELEGIBILIDAD (INCLUYE COBRA)

Si tienes información adicional que no incluiste con la apelación, puedes solicitar una revisión voluntaria de la decisión sobre la apelación en el término de 180 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Por lo general, a este nivel de revisión voluntaria se aplican los mismos criterios y tiempos de respuesta que aplicaron a la apelación.

Envía una solicitud escrita para una apelación voluntaria respecto al estatus de inscripción o elegibilidad a:

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

Consulta la sección anterior de [Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal](#) en este capítulo sobre las fechas límite para entablar una acción legal.

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN VOLUNTARIA DE UNA APELACIÓN DENEGADA POR RAZONES ADMINISTRATIVAS: APELACIONES MÉDICAS Y DENTALES

Puedes solicitar una revisión voluntaria de la decisión sobre tu apelación de un beneficio médico o dental denegado si la apelación fue denegada por razones administrativas como, por ejemplo, exceder el número de visitas permitidas, y no por razones de criterio médico. Debes presentar la solicitud en el término de 180 días a partir de la fecha de la carta de denegación de la apelación. Por lo general, a este nivel de revisión voluntaria se aplican los mismos criterios y tiempos de respuesta que aplicaron a la apelación.

Debes enviar una solicitud escrita para una revisión voluntaria de una denegación administrativa a:

Mail Stop 3610–Benefits Total Rewards Team
Attn: Voluntary Appeals
508 SW 8th Street Mail Stop #3610
Bentonville, Arkansas 72716-3610

Proceso de apelaciones externas para beneficios médicos, dentales y de farmacia

APELACIONES EXTERNAS PARA BENEFICIOS MÉDICOS

Si MCS afirma su decisión inicial en su totalidad o en parte y no estás de acuerdo con dicha determinación, o si MCS no te provee una determinación de la apelación por escrito en el plazo de tiempo para las apelaciones, tú, tu representante autorizado o tu médico puede solicitar una revisión externa en el término de 120 días a partir de la fecha de la determinación de la primera apelación.

La revisión externa se hará por medio de una organización de revisiones independientes contratada por MCS pero con criterio independiente.

Si tienes una condición médica por la cual esperar el tiempo regular podría perjudicarte, o si tu apelación está relacionada con un procedimiento experimental que debe comenzar con urgencia, puedes solicitar una apelación urgente incluso cuando no se haya agotado el proceso interno. La organización de revisión independiente que realiza la revisión podría entonces solicitar que pases por el proceso interno.

MCS recibirá tu solicitud de revisión externa y determinará en el plazo de un día laborable si la solicitud es elegible para una revisión externa en función de si:

- Estás o estuviste asegurado al momento en que se recomendó o solicitó el servicio o tratamiento médico o, en el caso de una revisión retrospectiva, estabas inscrito en MCS al momento en que se recomendó o solicitó el servicio o tratamiento médico.
- Puede entenderse razonablemente que el servicio médico es un servicio cubierto por el Plan de beneficios, excepto cuando MCS haya determinado que no está cubierto porque no cumple con los requisitos de MCS de necesidad médica, adecuación, entorno médico, nivel de atención o eficacia del servicio.
- Has agotado el proceso de apelaciones internas del Plan.
- Has provisto toda la información y los formularios necesarios para procesar una revisión externa.
- Para efectos de revisiones de denegación de apelaciones de tratamientos experimentales o investigativos, si el

tratamiento es o no un beneficio cubierto bajo el Plan aparte de la determinación de MCS de que el servicio o tratamiento es experimental o investigativo para una condición médica en particular, y no está explícitamente indicado como beneficio excluido del Plan.

Envía tu solicitud escrita para la revisión de la reclamación inicial al administrador externo que administra las reclamaciones:

MCS LIFE
Customer Service Division
P.O. Box 3547
San Juan, Puerto Rico 00919-3547

También se puede enviar un Formulario de Presentación de Apelación a MCS a:

Grievances and Appeals Unit
MCS Plaza
P.O. Box 195429
San Juan, Puerto Rico 00919-5429

Puedes retirar una solicitud de apelación ya sea verbalmente o por escrito en cualquier momento antes de que se tome una decisión sobre la apelación.

APELACIONES EXTERNAS PARA BENEFICIOS MÉDICOS

Si el Plan deniega tu apelación de beneficios dentales o de farmacia, es posible que tengas derecho a otra apelación conforme al proceso de revisión externa independiente.

Dicha apelación externa será realizada por una organización de revisiones independientes no afiliada al Plan. Esta organización de revisiones independientes puede anular la decisión del Plan y su decisión será vinculante para el Plan. La notificación de denegación de la apelación interna incluirá información adicional sobre tu derecho a solicitar una revisión externa así como la información de contacto. Debes presentar la solicitud de revisión externa en el término de cuatro meses después de recibir la determinación final de la apelación interna. Presentar una solicitud de revisión externa no afectará tu capacidad de entablar una acción legal en los tribunales. Cuando solicites una revisión externa, te exigirán que autorices la divulgación de cualquier expediente médico que pueda ser necesario revisar para fines de tomar una decisión respecto a la revisión externa.

Debes enviar una solicitud escrita de apelaciones externas de farmacia a:

MC-Rx
Customer Service Department
Call Box 4908
Caguas, Puerto Rico 00908

APELACIONES EXTERNAS PARA BENEFICIOS DENTALES

Si el Plan deniega tu apelación interna de beneficios dentales, es posible que tengas derecho a otra apelación conforme al proceso de revisión externa independiente.

Dicha apelación externa será realizada por una organización de revisiones independientes no afiliada al Plan. Esta organización de revisiones independientes puede anular la decisión del Plan y su decisión será vinculante para el Plan. La notificación de denegación de la apelación interna incluirá información adicional sobre tu derecho a solicitar una revisión externa así como la información de contacto. Debes presentar la solicitud de revisión externa en el término de cuatro meses después de recibir la determinación final de la apelación interna. Presentar una solicitud de revisión externa no afectará tu capacidad de entablar una acción legal en los tribunales. Cuando solicites una revisión externa, te exigirán que autorices la divulgación de cualquier expediente médico que pueda ser necesario revisar para fines de tomar una decisión respecto a la revisión externa.

Debes enviar la solicitud escrita de apelaciones externas dentales a:

Delta Dental of Puerto Rico, Inc.
Grievance and Appeals
14 Calle 2 Suite 200
Guaynabo, Puerto Rico 00968-1735

Otros derechos relacionados con los beneficios médicos, dentales y de farmacia

DERECHO DEL PLAN DE SOLICITAR EXPEDIENTES MÉDICOS

El Plan tiene el derecho de solicitar los expedientes médicos de cualquier asociado o persona asegurada.

DERECHO DEL PLAN DE RECUPERAR UN SOBREPAGO

Los pagos se hacen conforme a las disposiciones del Plan. Si se determina que se hizo un pago por un cargo que no cualifica o que otro seguro se consideraba el primario, o que ha ocurrido cualquier otra circunstancia que dio como resultado que el Plan haya pagado más beneficios de lo permitido o requerido por los términos del Plan, el Plan tiene el derecho de recuperar el sobrepago. El Plan (o el administrador externo u otro proveedor de servicios que actúe en nombre del Plan) tratará de cobrarle el sobrepago a la parte que recibió el pago. No obstante, el Plan se reserva el derecho de cobrarle el sobrepago a cualquier participante, beneficiario o dependiente. Además, el Plan tiene el derecho de contratar a

una agencia de cobro externa para recuperar los sobrepagos en nombre del Plan si sus propios esfuerzos de cobro no dan fruto. El Plan también podría entablar una demanda para ejercer su derecho de recuperar un sobrepago.

Si el sobrepago se le hace al proveedor, el Plan (o cualquier administrador externo que actúe en nombre del Plan) puede reducir, compensar o denegar beneficios, por la cantidad del sobrepago, en el caso de servicios de otra forma cubiertos para reclamaciones actuales y/o futuras con el proveedor en nombre de cualquier participante, beneficiario o dependiente del Plan. Si un proveedor a quien se le ha hecho un sobrepago tiene pacientes que participan en otros planes de salud y bienestar administrados por el administrador externo, este podría reducir o compensar los pagos de otra forma adeudados al proveedor de esos otros planes de salud por la cantidad del sobrepago.

DERECHO DE AUDITORÍA DEL PLAN

El Plan tiene el derecho de auditar tus reclamaciones, así como las de los proveedores médicos. El Plan (o el administrador externo correspondiente) podría reducir o denegar los beneficios de servicios de otra forma cubiertos en todas las reclamaciones actuales o futuras con el proveedor hechas en nombre tuyo o de un participante de cualquier otro plan de salud y bienestar administrado por el administrador externo, basándose en los resultados de una auditoría. El Plan también podría reducir o denegar beneficios de servicios de otra forma cubiertos en todas las reclamaciones actuales o futuras que presentes.

DERECHO DEL PLAN DE HACER DEDUCCIONES DE SALARIO/SUELDO

En la medida en que el Plan pueda recuperar de ti o tus dependientes todos o parte de los beneficios anteriormente pagados, como los beneficios que son sobre pagados o a los cuales no cualificabas según los términos del plan, se dará por sentado que has aceptado, en virtud de tu inscripción en esta cubierta médica, que Walmart podrá deducir dichas cantidades de tu salario, sueldo u otro beneficio o compensación y pagarlas al Plan hasta que se complete la recuperación. Si te inscribes en una cubierta del Plan, el Plan dará por sentado que has consentido a las deducciones de nómina correspondientes a dicha cubierta. Además, si no te inscribes afirmativamente o te reinscribes durante la Inscripción Anual, el Plan dará por sentado que has consentido a la reinscripción automática según explicada en el capítulo de [Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia](#), incluidas las deducciones de nómina pertinentes.

Los derechos del Plan respecto a subrogación y reembolso



NOTA: Esta sección aplica a los beneficios del Plan financiados por activos de la compañía. Estos beneficios se identifican en el *Manual de Beneficios del Asociado* como beneficios autofinanciados o beneficios autoasegurados para indicar que no están asegurados por medio de un contrato de seguro emitido por una aseguradora. Las aseguradoras de los beneficios asegurados podrían tener derechos de subrogación y reembolso aparte, aplicables a los beneficios que aseguran. Consulta la respectiva política y el certificado de cubierta que corresponde a cualquier beneficio asegurado en el que estás inscrito.

Si sufres o un dependiente asegurado (una persona asegurada) sufre una lesión u otro daño debido a la conducta de otra parte y el Plan paga los beneficios como resultado de dicha lesión o daño, el Administrador del Plan tiene el derecho de recuperar los pagos que hace en nombre de la persona asegurada o de cualquier parte que sea responsable de compensar a la persona asegurada por sus enfermedades o lesiones. El término legal de este derecho de recuperación es “subrogación”. El Plan tendrá un gravamen de primera prioridad sobre cualquier cantidad que la persona asegurada recupere de otra parte o aseguradora responsable por la cantidad total de los beneficios que se pagan a o en beneficio de la persona asegurada como resultado de la lesión o daño del tercero, y el Plan tendrá el derecho de compensar dichas cantidades de beneficios con futuros beneficios pagaderos por el Plan.

El Plan tiene el derecho de tomar cualquiera de las acciones a continuación para hacer valer su gravamen y derecho de reembolso y recuperación.

- Reducir o denegar beneficios pagaderos por el Plan en otras circunstancias y
- Recuperar o subrogar el 100% de los beneficios pagados o por pagar a personas aseguradas por el Plan, hasta el total de todos y cada uno de los pagos a continuación:
 - Cualquier fallo, acuerdo de liquidación o pago efectuado, o por efectuar debido a un accidente o a una negligencia médica, (excepto una negligencia médica que tenga como resultado una paraplejía o cuadriplejía, quemaduras graves de tercer grado o más, incapacidad física o mental total y permanente o muerte), independientemente de cómo el fallo, el acuerdo de liquidación o el pago se caracterice, incluidos los pagos efectuados por cualquier otro seguro, ya sea que brinde cubierta de tercera o primera parte
 - Cualquier cubierta o beneficio de seguro de automóvil o vehículo recreacional, incluida la cubierta de conductores sin seguro o subasegurados

- Cubierta o pagos de seguro comercial médico o de responsabilidad civil y
- Honorarios de abogados.

El gravamen del Plan existe al momento en que el Plan paga cualquier beneficio a, o en nombre de, una persona asegurada. Si una persona asegurada presenta una solicitud de quiebra, dicha persona acepta que el gravamen del Plan existía antes de crearse el caudal de quiebra.

Además, ten presente que:

- “Persona asegurada” significa cualquier participante (según lo define la Ley ERISA) o dependiente de un participante que tenga derecho a beneficios conforme al Plan
- El Plan tiene primera prioridad con relación a su derecho de reducción, reembolso y subrogación
- El Plan tiene el derecho de recuperar el interés en la cantidad pagada por el Plan debido al accidente
- El Plan tiene derecho a un reembolso de 100% en un solo pago global
- El Plan no está sujeto a ninguna ley estatal o doctrina de equidad, incluida la doctrina de fondos comunes, que pretendería exigir al Plan reducir su recuperación por cualquier parte de los honorarios legales y costos de una persona asegurada
- El Plan no es responsable de los honorarios, los gastos ni los costos de abogado de la persona asegurada
- El derecho a reducción, reembolso y subrogación se basa en el lenguaje del Plan vigente al momento del fallo, pago o acuerdo de liquidación
- El derecho de reducción, reembolso y subrogación del Plan aplica a todos los fondos recuperados de otra parte, por o en nombre de la herencia de una persona asegurada y
- El derecho prioritario del Plan a reducción, reembolso y subrogación no se reducirá debido a la negligencia del propio participante.

El Plan no procurará reducción, reembolso o subrogación cuando la lesión o la enfermedad que es la base de la recuperación de la persona asegurada de cualquiera de las partes cause:

- Paraplejía o cuadriplejía
- Quemaduras graves con una clasificación de inutilización corporal de un mínimo de 50%, según determinado por una organización de revisión independiente conforme a las guías de la Asociación Médica Americana para la evaluación de inutilización permanente
- Incapacidad mental o física total y permanente o
- Muerte.

El Administrador del Plan tiene la autoridad, a su entera discreción, de determinar que el Plan se limite o no acuda a sus derechos de reducción, reembolso o subrogación. Contacta al Administrador del Plan para obtener más información.

Se determinará si la persona asegurada tiene una “incapacidad mental o física total y permanente” conforme a los criterios desarrollados y aplicados por el Administrador del Plan a su entera discreción. Una forma de demostrar incapacidad física o mental total y permanente es que la persona asegurada evidencie que cualifica para los beneficios de ingresos por incapacidad del Seguro Social o haya cumplido con los requisitos para cualificar para estos beneficios. El Administrador del Plan tomará en consideración las reclamaciones por incapacidad física y mental, aun cuando la persona asegurada no cualifique para beneficios de ingreso por incapacidad del Seguro Social, según los criterios desarrollados por el comité.

Incluso en circunstancias en las que no se le prohíbe al Plan ejercer sus derechos de reducción, reembolso o subrogación conforme a las excepciones mencionadas anteriormente, el derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación se limitará a no más de 50% de la cantidad total recuperada de cualquier parte por o en nombre de la persona asegurada (que no será reducida para los honorarios o costos de abogado de la persona asegurada). Es requisito del Plan que todas las personas aseguradas le notifiquen si han estado involucradas en un incidente que da lugar a dicho derecho a reducción, reembolso o subrogación. Las personas aseguradas tienen que cooperar con el Plan y firmar cualquier documento que el administrador que actúa en nombre del Plan considere necesario para proteger los derechos de reducción, reembolso o subrogación del Plan. Las personas aseguradas no harán nada que pueda obstaculizar, retrasar, impedir o poner en riesgo el derecho prioritario del Plan a reducción, reembolso o subrogación. No cumplir con lo anterior le otorgará al Plan el derecho de retener beneficios adeudados a ti por el Plan. Esto se añade a cualquier otro derecho que tenga el Plan conforme a sus derechos de reducción, reembolso o subrogación.

Los derechos del Plan a reducción, reembolso y subrogación aplican independientemente de cualquier asignación o designación del acuerdo de liquidación u otorgamiento pertinente (por ej., por dolor y sufrimiento o por beneficios médicos) e independientemente de las causas específicas o causas de acción que se estén acordando o adjudicando. Los derechos del Plan aplican independientemente de si la persona asegurada ha recibido compensación parcial o completa por sus lesiones y sin tener en cuenta ninguna ley estatal o doctrina de equidad, como la doctrina de restitución completa, que limitaría el derecho del Plan de recuperación basado en que la persona asegurada ha sido indemnizada, siendo la intención que el derecho de recuperación del Plan es un derecho a recuperación plena.

Además, el Plan tiene el derecho de entablar una demanda en nombre de la persona asegurada por la condición relacionada con los gastos médicos a fin de recuperar los beneficios pagados por el Plan o por pagar. El Plan también puede hacer valer sus derechos de reducción, reembolso o subrogación en contra de cualquier fondo, causante de daño, parte responsable o cubiertas de seguro disponibles, incluidas la

cubiertas subaseguradas, el seguro de protección contra lesiones personales, o la cubierta de conductores sin seguro, en la medida máxima permitida por ley.

Para ayudar al Plan a ejercer su derecho de reducción, recuperación, reembolso y subrogación, la persona asegurada o su representante designado deberá, a solicitud y discreción del Plan:

- Tomar las acciones necesarias para que el Plan pueda ejercer sus derechos de recuperación
- Ofrecer información o
- Proveer al Plan cualquier información solicitada con respecto a la reclamación pertinente, incluida la información sobre otros seguros, fallos, pagos o acuerdos de liquidación.

No ayudar al Plan a cumplir con dichas solicitudes, podría dar como resultado que el Plan retenga o recupere beneficios, servicios, pagos o créditos adeudados o pagados por el Plan.

Reclamaciones de beneficios y derecho a apelar las decisiones sobre reducción, reembolso y subrogación

La decisión del Plan de ejercer sus derechos de reducción, reembolso o subrogación es una determinación de beneficios del Plan y puede ser apelada conforme a los procedimientos a continuación.

Para efectos de los procedimientos de reclamaciones especificados más adelante, una “reclamación de beneficios” significa una solicitud de parte de un participante, beneficiario o dependiente (el “reclamante”) de que los beneficios provistos por el Plan no se reduzcan por medio de la aplicación del derecho del plan a reducción, reembolso o subrogación.

RECLAMACIÓN INICIAL DE BENEFICIOS

Si un reclamante recibe una notificación de que sus beneficios están sujetos a reducción, reembolso o subrogación y el reclamante piensa que su caso cae dentro de una de las excepciones o limitaciones al derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación, la persona puede presentar al Plan una reclamación de beneficios.

El reclamante también podría designar a un representante autorizado para que presente una reclamación de beneficios o una apelación en su nombre.

Para que una reclamación de beneficios inicial se considere, ésta deberá:

- Estar por escrito
- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse no más de 12 meses después de la fecha de la notificación de que un beneficio está sujeto a reducción, reembolso o subrogación

- Identificar la excepción o limitación del derecho del Plan a reducción, reembolso o subrogación que el reclamante considere aplica a su caso e
- Incluir documentación que ayudará al Plan a tomar su decisión (por ej., registros médicos y de hospital, cartas de médicos).

Se debe enviar una solicitud escrita de revisión de la reclamación de beneficios inicial a:

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

En un plazo de tiempo razonable, pero no más de 30 días después de presentada la reclamación inicial de beneficios, el Plan proveerá notificación escrita de su decisión. Si se deniega parcial o totalmente la reclamación de los beneficios, la notificación incluirá lo que sigue:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación
- Una descripción de cualquier información o material adicional necesario para perfeccionar tu reclamación de beneficios y una explicación de por qué dicho material o dato es necesario
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a obtener, a su solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa el Plan para tomar su determinación
- Una descripción de los procedimientos de apelación del Plan y las fechas límites para las apelaciones y
- Una notificación acerca del derecho del reclamante de presentar una demanda ante el tribunal si se deniega su apelación.

El período de 30 días puede extenderse 15 días si se determina que la prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan. El Plan notificará al reclamante antes del final del período de 30 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Si le piden proveer información adicional, el reclamante tendrá 45 días a partir de la fecha de notificación para proveer la información. Se suspenderá la fecha límite para tomar una determinación (o la fecha límite para proveer información, lo que ocurra primero) hasta que el reclamante presente la información requerida.

DERECHO A APELAR UNA DENEGACIÓN

En el caso de que se deniegue total o parcialmente una reclamación relacionada con una decisión de reducción, reembolso o subrogación, el reclamante puede solicitar una apelación de dicha decisión. Para que la apelación del reclamante se considere, ésta deberá:

- Estar por escrito

- Enviarse a la dirección correcta
- Presentarse en el término de no más de 180 días a partir de la fecha de la denegación inicial e
- Incluir cualquier información/documentación adicional que el reclamante desee entregar para que se tome en consideración.

Debes enviar la solicitud escrita de apelaciones externas a:

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

La apelación será tramitada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que determinó la respuesta a la reclamación inicial de beneficios. El reclamante tiene derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a su reclamación de beneficios. El reclamante también tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información que el Plan tendrá en cuenta al tomar su decisión sobre la apelación. Al decidir sobre cualquier reclamación de beneficios basada totalmente o en parte en un criterio médico, el fiduciario de reclamaciones del Plan consultará con un profesional de la salud que tenga la capacitación y la experiencia pertinentes en el campo de la medicina relacionado con el criterio médico. El profesional de la salud no será la persona que fue consultada respecto a la decisión del Plan en la reclamación inicial de beneficios, ni será un subalterno de dicho profesional de la salud. Si se obtiene una recomendación de un profesional de la salud para decidir una apelación, se proveerá el nombre de dicho profesional de la salud al reclamante a su solicitud, independientemente de si el Plan utilizó o no la recomendación. El Plan deberá proveer al reclamante notificación escrita de la decisión del Plan sobre la revisión no más de 60 días después del recibo de la apelación por parte del Plan.

Si se deniega la apelación de la reclamación de beneficios, el Plan proveerá una notificación de denegación que incluya:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencia a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la denegación
- Una declaración que describa el derecho del reclamante a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a su reclamación de beneficios
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a obtener, a su solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa esta determinación
- Una descripción de los procedimientos de revisión disponibles, de haberlos, y
- Una notificación acerca del derecho del reclamante de presentar una demanda ante el tribunal si se deniega su apelación.

UNA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS ES LA FORMA EXCLUSIVA DE PROCURAR UNA EXCEPCIÓN AL DERECHO DEL PLAN DE REDUCCIÓN Y RECUPERACIÓN

El único método que puede usar el reclamante para solicitar que el Plan no reduzca sus beneficios usando sus derechos de reducción y recuperación es el de presentar una reclamación de beneficios siguiendo el proceso descrito anteriormente. Un reclamante deberá completar el proceso requerido de reclamaciones y apelaciones descrito en estos procedimientos para reclamaciones antes de presentar una demanda legal. Un reclamante no puede presentar una demanda por beneficios si no presenta su reclamación inicial de beneficios o su apelación dentro de los plazos de tiempo establecidos en estos procedimientos para reclamaciones. El reclamante deberá presentar cualquier demanda por beneficios en el término de 180 días después de la decisión sobre la apelación. No se puede entablar una demanda después de que haya vencido ese periodo de 180 días.

Proceso de reclamaciones al seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro AD&D

Se pueden iniciar las reclamaciones al seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro por accidentes en viajes de negocios y seguro AD&D llamando a Prudential al **877-294-7026**. Consulta el capítulo pertinente para ver la información que debes proveer a Prudential al presentar una reclamación. Las reclamaciones de beneficios asegurados por Prudential también se pueden enviar a:

**The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 70182
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

Las reclamaciones de beneficios de la cubierta de seguro de vida deben presentarse en el término de 90 días a partir de la fecha de la pérdida.

Las reclamaciones de beneficios de la cubierta de seguro por accidentes en viajes de negocios deben presentarse en el término de 365 días a partir de la fecha de la pérdida.

Las reclamaciones de beneficios de la cubierta de seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) deben presentarse en el término de 90 días a partir de la fecha de la pérdida.

SEGURO DE VIDA, SEGURO POR ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIO Y SEGURO AD&D

Cuando presentes una reclamación de seguro de vida a Prudential, la determinación será tomada en el término de 45 días. Este tiempo podría extenderse 30 días adicionales si es necesaria una prórroga debido a asuntos fuera del control de Prudential. Se te proporcionará un aviso por escrito dentro del periodo inicial de 45 días sobre la prórroga, la razón de la prórroga y la fecha en la que Prudential espera tomar la decisión en el caso de ser necesaria una prórroga adicional. Este tiempo podría extenderse por 30 días adicionales a la prórroga original de 30 días de ser necesario debido a asuntos fuera del control de Prudential. Se te proporcionará un aviso por escrito dentro del primer periodo de prórroga de 30 días sobre la prórroga adicional, la razón de la prórroga adicional y la fecha en la que Prudential espera tomar la decisión en el caso de ser necesaria una prórroga adicional. Sin embargo, si la prórroga se debe a que no presentas la información necesaria para decidir la reclamación, el periodo que tiene Prudential para tomar la determinación de beneficios será suspendido a partir de la fecha en que te envían la notificación de la prórroga hasta la fecha en que respondes a la solicitud de información adicional.

Si tu reclamación de un beneficio es denegada en su totalidad o en parte, tú o tu representante autorizado recibirá un aviso por escrito sobre la denegación de Prudential. El aviso se escribirá de manera que lo puedas entender e incluirá:

- La razón o razones específicas de la denegación
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación de beneficios
- Una descripción de cualquier información adicional o material necesario para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Una descripción de los procedimientos de apelación de Prudential y las fechas límite pertinentes y
- Si una determinación adversa se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o limitación similar, se proveerá libre de costo una explicación de los criterios científicos o clínicos en los que se basa la determinación.

CÓMO APELAR UNA RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA, SEGURO POR ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIO Y SEGURO AD&D QUE HA SIDO DENEGADA TOTAL O PARCIALMENTE

Puedes apelar cualquier denegación de una reclamación de beneficios presentando una solicitud escrita a:

**The Prudential Insurance Company of America
Group Life Claim Division
P.O. Box 70182
Philadelphia, Pennsylvania 19176**

Si te deniegan la reclamación de beneficios o si no recibes una respuesta a la reclamación dentro del plazo de tiempo apropiado (en cuyo caso se considera denegada la apelación), tú o tu representante pueden apelar la denegación por escrito a Prudential en el término de 180 días después de recibir la notificación escrita de denegación o 180 días a partir de la fecha en que se considera denegada la reclamación. Puedes incluir con la apelación comentarios escritos, documentos, registros y cualquier otra información relacionada con la reclamación. A tu solicitud, también tendrás acceso y derecho a obtener copias de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación, libre de costo.

Prudential realizará una revisión completa de la información en el expediente de la reclamación y cualquier nueva información presentada para respaldar la apelación, y utilizará personas que no estuvieron involucradas en la determinación inicial. Esta revisión no tendrá deferencia a la determinación de beneficios inicial.

Prudential tomará una determinación respecto a la apelación en el término de 45 días a partir del recibo de tu solicitud de apelación. Este periodo podría extenderse por hasta 45 días adicionales si Prudential determina que hay circunstancias especiales que requieren una prórroga. Se te proporcionará un aviso por escrito dentro del periodo inicial de 45 días sobre la prórroga, la razón de la prórroga y la fecha en la que Prudential espera tomar la decisión. Sin embargo, si la prórroga se debe a que no presentas la información necesaria para decidir la apelación, el periodo para tomar la determinación de beneficios será suspendido a partir de la fecha en que te envían la notificación de la prórroga hasta la fecha en que respondes a la solicitud de información adicional.

Si te deniegan la reclamación apelada en su totalidad o en parte, recibirás una notificación escrita de Prudential. El aviso se escribirá de manera que lo pueda entender el solicitante e incluirá:

- La razón o razones específicas de la determinación adversa
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación
- Una declaración de que tienes derecho a recibir, a solicitud y libre de costo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a tu reclamación de beneficios
- Una descripción de los procedimientos de revisión de Prudential y las fechas límite pertinentes
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan.

Si no te proporcionan una decisión sobre la apelación dentro de los plazos antes mencionados, se considerará que la apelación de la reclamación fue denegada.

Consulta la sección anterior de [Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal](#) en este capítulo sobre las fechas límite para entablar una acción legal.

SEGUNDA APELACIÓN VOLUNTARIA DE RECLAMACIONES DE SEGURO DE VIDA, SEGURO POR ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIO Y SEGURO AD&D

Si te deniegan la apelación de la reclamación de beneficios o si no recibes una respuesta a la apelación dentro del plazo de tiempo apropiado (en cuyo caso se considera denegada la apelación), tú o tu representante pueden hacer una segunda apelación voluntaria a la denegación por escrito a Prudential en el término de 180 días después de recibir la notificación escrita de denegación o 180 días a partir de la fecha en que se considera denegada la reclamación. *No es requisito que solicites una revisión voluntaria a fin de que se considere que has agotado los remedios administrativos.* Consulta la sección anterior de [Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal](#) en este capítulo sobre la fecha límite para entablar una acción legal.

Puedes incluir con la segunda apelación comentarios escritos, documentos, registros y cualquier otra información relacionada con la reclamación. A tu solicitud, también tendrás acceso y derecho a obtener copias de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación, libre de costo.

Prudential tomará una determinación respecto a la segunda apelación en el término de 45 días a partir del recibo de tu solicitud de apelación. Este periodo podría extenderse por hasta 45 días adicionales si Prudential determina que hay circunstancias especiales que requieren una prórroga. Se te proporcionará un aviso por escrito dentro del periodo inicial de 45 días sobre la prórroga, la razón de la prórroga y la fecha en la que Prudential espera tomar la decisión. Sin embargo, si la prórroga se debe a que no presentas la información necesaria para decidir la apelación, el periodo para tomar la determinación de beneficios será suspendido a partir de la fecha en que te envían la notificación de la prórroga hasta la fecha en que respondes a la solicitud de información adicional.

Si te deniegan la reclamación apelada en su totalidad o en parte, recibirás una notificación escrita de Prudential. El aviso se escribirá de manera que lo pueda entender el solicitante e incluirá la misma información que se incluyó en la primera carta de determinación adversa. Si no te proporcionan una decisión sobre la apelación dentro de los plazos antes mencionados, se considerará que la apelación de la reclamación fue denegada.

Proceso de reclamaciones y apelaciones para la cubierta de incapacidad a corto plazo

Una vez se haya presentado la reclamación, se tomará una decisión en el término de 45 días después del recibo de tu reclamación debidamente presentada. El tiempo para tomar la decisión podría extenderse por hasta dos periodos adicionales de 30 días siempre y cuando, antes de cualquier prórroga, se te notifique por escrito que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan, que dichos asuntos se identifiquen y que te den la fecha para la cual esperan emitir la decisión. Si la reclamación se extiende debido a que no presentaste la información necesaria para decidir la reclamación, el tiempo para tomar la decisión puede suspenderse desde la fecha en que se te envía la notificación de la prórroga hasta la fecha en que se recibe tu respuesta. Si se aprueba la reclamación, la decisión incluirá información suficiente para informarte razonablemente de dicha decisión.

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

- Las razones específicas de la decisión
- Referencias específicas a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la decisión
- Una descripción de cualquier información adicional o material necesario para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Si se dependió de una regla interna, guía, protocolo u otro criterio similar para denegar la apelación:
 - La regla, guía, protocolo o criterio similar o
 - Una declaración de que se dependió de dicha guía, protocolo o criterio similar al hacer la denegación y que se proveerá una copia sin costo a tu solicitud.

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

Si te deniegan una reclamación de beneficios por incapacidad a corto plazo y deseas apelar, es necesario que envíes una apelación por escrito a Multinational a la dirección que aparece en esta página en el término de 180 días después de la denegación. La apelación debe incluir cualquier comentario, documento, registro o información que deseas se tome en consideración.

Tienes derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación. La apelación será revisada, sin importar la determinación inicial, por una persona que no sea la misma que determinó la respuesta a la reclamación inicial.

Multinational tomará una determinación respecto a la apelación en el término de 45 días a partir del recibo de tu

solicitud de apelación. Este periodo podría extenderse por hasta 45 días adicionales si se determina que hay circunstancias especiales que requieren una prórroga. Se te notificará antes del final del período de 45 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Si te piden que envíes información adicional, tendrás 45 días a partir de la fecha en que te notifiquen para proveer la información, y la fecha límite de la determinación se suspenderá hasta que proveas la información solicitada (o la fecha límite para proveerla, si ocurre antes).

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

- La razón o razones específicas de la determinación adversa
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación
- Una declaración que describe tu derecho a solicitar copias, sin costo, de todos los documentos, registros u otra información pertinente a la reclamación
- Una declaración de que tienes derecho a obtener, a solicitud y sin costo, una copia de las reglas o guías internas en las que se basa la determinación y
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación ofrecidos por el Plan y tu derecho a entablar una demanda civil al amparo de la Ley ERISA.

Consulta la sección anterior de [Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal](#) en este capítulo sobre las fechas límite para entablar una acción legal.

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

Multinational Life Insurance
P.O. Box 366107
San Juan, Puerto Rico 00936-6107

Si Multinational te deniega una apelación respecto a los beneficios del seguro de incapacidad a corto plazo, puedes presentar una apelación ante el Departamento del Trabajo de Puerto Rico, División de SINOT, en el término de 10 días a partir del aviso de la decisión de Multinational.

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

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

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

Puedes llamar a Lincoln al **888-778-9251** para solicitar un formulario de reclamación en cuanto sepas que tendrás que

usar tu beneficio de incapacidad a largo plazo, pero no más tarde de 30 días después de que de otra forma comenzaría el beneficio de incapacidad a largo plazo. Si eso no es posible, debes llamar a Lincoln en cuanto sea razonablemente posible. Lincoln te ofrecerá información adicional sobre cómo llenar el formulario de reclamación.

Una vez se haya presentado la reclamación, Lincoln te notificará de su decisión respecto a la reclamación en un periodo de tiempo razonable, pero no más de 45 días después del recibo de la reclamación debidamente presentada. El tiempo para tomar la decisión podría extenderse por hasta dos periodos adicionales de 30 días siempre y cuando, antes de cualquier prórroga, se te notifique por escrito que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos fuera del control de Lincoln, que dichos asuntos se identifiquen y que te den la fecha para la cual esperan emitir la decisión. Si la reclamación se extiende debido a que no presentaste la información necesaria para decidir la reclamación, el tiempo para tomar la decisión puede suspenderse desde la fecha en que se te envía la notificación de la prórroga hasta la fecha en que se recibe tu respuesta. Si se aprueba la reclamación, la decisión incluirá información suficiente para informarte razonablemente de dicha decisión.

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

- Las razones específicas de la decisión
- Referencias específicas a las disposiciones del Plan en las cuales se basó la decisión
- Una exposición de la decisión, con una explicación de las razones por las cuales se está en desacuerdo o no con lo siguiente:
 - Las opiniones de los profesionales de la salud que te atienden y los profesionales vocacionales que has evaluado
 - Las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuya asesoría se obtuvo en nombre del Plan con relación a la determinación adversa sobre tus beneficios, independientemente de si el asesoramiento se tomó en cuenta para la determinación de beneficios y
 - Una determinación de incapacidad relacionada con tu caso hecha por la Administración de Seguro Social y presentada por ti al Plan.
- Una declaración de las reglas internas, guías, protocolos, normas o criterios similares en los que se basa el Plan para la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que dichas reglas, guías, protocolos, normas o criterios similares del Plan no existen
- Si la determinación adversa se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o limitación similar, se proveerá una explicación de los criterios científicos o clínicos en los que se basa la determinación,

aplicando los términos del Plan a tus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación será provista a solicitud y libre de costo

- Una descripción de cualquier información adicional o material necesario para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información
- Una declaración de que tienes derecho a recibir, a solicitud y libre de costo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a tu reclamación de beneficios
- Una descripción de los procedimientos de revisión y las fechas límite aplicables a dichos procedimientos y
- Una declaración de que tienes el derecho de entablar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Ley ERISA (incluida una descripción de cualquier periodo de limitaciones contractuales pertinente y la fecha en la que vence el periodo de limitaciones contractuales).

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

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

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

Si la reclamación conlleva una pregunta que precisa un criterio médico, Lincoln consultará con un profesional de la salud debidamente calificado y con capacitación y experiencia en el campo pertinente de la medicina. Si se consultó con un profesional de la salud para la determinación inicial, se consultará con otro profesional de la salud para efectos de la apelación. A solicitud, Lincoln te proporcionará la identificación de cualquier experto médico que haya sido consultado en nombre del Plan para fines de tu apelación. Lincoln hará una determinación respecto a la apelación en el término de 45 días a partir del recibo de tu solicitud de apelación. Este periodo podría extenderse por hasta 45 días adicionales si se determina que hay circunstancias especiales

que requieren una prórroga. Se te notificará antes del final del período de 45 días si se requiere una prórroga o alguna información adicional. Si te piden que envíes información adicional, tendrás 45 días a partir de la fecha en que te notifiquen para proveer la información, y la fecha límite de la determinación se suspenderá hasta que proveas la información solicitada (o la fecha límite para proveerla, si ocurre antes).

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

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

Consulta la sección anterior de **Fechas límite para presentar una reclamación o entablar una acción legal** en este capítulo sobre las fechas límite para entablar una acción legal.

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

Mis Recursos de Salud Mental

No tienes que presentar una reclamación para recibir los beneficios de Mis Recursos de Salud Mental. Siempre y cuando sigas siendo elegible, puedes acceder al sitio web de Lyra o comunicarte con Lyra por teléfono en cualquier momento. Sin embargo, si tienes alguna pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarte con People Services al **800-421-1362** o la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**, o enviar una reclamación a la siguiente dirección:

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

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

Seguro médico para viajes de negocios internacionales

Por lo general no se requieren formularios de reclamación para los servicios de GeoBlue. Sin embargo, si tienes una pregunta acerca de tus beneficios o si no estás de acuerdo con los beneficios brindados, puedes comunicarte con GeoBlue o enviar una reclamación. Para presentar una reclamación vía correo electrónico o fax, descarga el formulario de reclamación y lee las instrucciones detalladas en el Member Hub de geo-blue.com. Envía la reclamación por correo electrónico a claims@geo-blue.com o por fax al **610-482-9623**.

También puedes enviar la reclamación por correo regular. Descarga el formulario de reclamación del Member Hub en geo-blue.com y envíalo completado :

GeoBlue
Claims Department
P.O. Box 1748
Southeastern, Pennsylvania 19399-1748

Las reclamaciones y apelaciones se determinarán en los mismos periodos de tiempo y según los mismos requisitos indicados en la póliza de GeoBlue. Comunícate con GeoBlue en cualquier momento llamando al **888-412-6403**. Fuera de los Estados Unidos, llama con cargos revertidos al: **610-254-5830**.

Información legal

Seguro médico para viajes de negocios internacionales	135
Plan de Salud y Bienestar para Asociados	138
Datos de identificación del plan	138
Financiamiento del Plan	139
Enmiendas o terminación del Plan	139
Tus derechos al amparo de la Ley ERISA	139
El uso de los datos de asociados y participantes	141
Aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAAs	141
Medicare y tu cubierta de medicamentos recetados	145
Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)	147
Apreciado participante del Plan	150

Información legal

El *Manual de Beneficios del Asociado* de 2025 para los asociados de Puerto Rico consta de distintos capítulos que juntos constituyen la Descripción Resumida del Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart, Inc. (el Plan). Específicamente, la Descripción Resumida del Plan (*Manual de Beneficios del Asociado* de 2025) incluye los capítulos a continuación:

- Elegibilidad e inscripción
- El plan médico
- El plan dental
- COBRA
- Recursos de asistencia a los asociados (no incluye **Help Now**)
- Seguro de vida patronal
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro por incapacidad a corto plazo
- Seguro por incapacidad a largo plazo
- Reclamaciones y apelaciones

En este capítulo de **Información legal** de la Descripción Resumida del Plan encontrarás información administrativa importante y datos sobre tus derechos como participante del Plan.

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Contactar al Administrador del Plan		Escribe a: Mail Stop 3610–Plan Administrator Administrative Committee Associates’ Health and Welfare Plan 508 SW 8th Street Mail Stop #3610 Bentonville, Arkansas 72716-3610 Llama al 479-621-2058
Respuestas a preguntas sobre el Aviso de Privacidad de la Ley HIPAA	Envía tu pregunta por correo electrónico a: AHWPrivacy@walmart.com	Llama a People Services al 800-421-1362
Respuestas a preguntas sobre Medicare Parte D	Visita medicare.gov fpara recibir ayuda personalizada	800-MEDICARE (800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048
Respuestas a preguntas sobre Medicaid/CHIP	Visita insurekidsnow.gov	877-KIDSNOW (877-543-7669)

Lo que debes saber sobre la información legal del Plan de Salud y Bienestar para Asociados

- Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados tienes ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de 1974 (Ley ERISA), según enmendada.
- El aviso de privacidad de la Ley HIPAA describe cómo se puede usar y divulgar tu información médica personal y cómo puedes acceder a dicha información.
- La sección de **Medicare y tu cubierta de medicamentos recetados** de este capítulo explica las opciones que tienes en la cubierta de Medicare para medicamentos recetados y puede ayudarte a decidir si debes o no inscribirte.
- El aviso sobre Medicaid/Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) explica los derechos de inscripción especial y asistencia con las primas que tienen las personas elegibles para estos programas.

Plan de Salud y Bienestar para Asociados

Walmart Inc. mantiene el Plan para beneficio exclusivo de sus asociados elegibles y sus familiares elegibles. El Plan ofrece beneficios de salud y bienestar por medio de los siguientes componentes de programas de beneficios:

- Beneficios médicos, incluidos los de farmacia
- Beneficios dentales autoasegurados
- Recursos de asistencia a los asociados (no incluye *Help Now*)
- Seguro de vida patronal
- Seguro de vida opcional para asociados
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento
- Seguro por accidentes en viajes de negocios
- Beneficios por incapacidad a corto plazo
- Seguro por incapacidad a largo plazo

Cada componente de los programas de beneficios se resume en su respectivo capítulo de esta Descripción Resumida del Plan. Estos resúmenes también son parte de la Descripción Resumida del Plan.

Los términos y condiciones del Plan de Salud y Bienestar para Asociados se exponen en este manual, en el Documento de Resumen del Plan de Salud y Bienestar para Asociados (Documento de Resumen) y en las pólizas de seguro y demás documentos sobre programas de bienestar incorporados al Documento de Resumen. El Documento de Resumen ("Wrap Document"), junto con este manual y los demás documentos incorporados, constituye el instrumento escrito en el que se establece y se mantiene el Plan de Salud y Bienestar para Asociados. Una enmienda a un documento incorporado, incluida esta Descripción Resumida del Plan, se considera una enmienda al Plan.

Datos de identificación del plan

Patrocinador del Plan:

Walmart Inc.
702 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Plan Sponsor's EIN: 71-0415188

Plan Number: 501

Tipo de plan: Plan de bienestar, que incluye seguro médico y dental, el programa de asistencia a los asociados, seguro

de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados y para dependientes, seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), seguro por accidentes en viajes de negocios, seguro de incapacidad a corto plazo y seguro de incapacidad a largo plazo.

Tipo de administración: La administración del Plan está a cargo del Administrador del Plan. El Administrador del Plan ha delegado a administradores externos su responsabilidad fiduciaria respecto a la determinación de reclamaciones de beneficios y apelaciones bajo los componentes de beneficios auto asegurados. En el caso de los componentes de beneficios asegurados, las aseguradoras tienen la responsabilidad fiduciaria respecto a la determinación de reclamaciones de beneficios y apelaciones. Cada capítulo de esta Descripción Resumida del Plan identifica al administrador externo específico, que incluye las aseguradoras que administran las reclamaciones y apelaciones para los respectivos beneficios.

El Administrador del Plan (o sus delegados, incluidos los administradores externos y las aseguradoras que deciden las reclamaciones y apelaciones) tendrá discreción total para interpretar y analizar las disposiciones del plan, hacer conclusiones basadas en los hechos, corregir errores y suministrar omisiones. Todas las decisiones e interpretaciones del Administrador del Plan (o su delegado) realizadas conforme al Plan serán finales, concluyentes y vinculantes para todas las personas y no podrán anularse salvo que un tribunal las declare arbitrarias y caprichosas. Se pagarán los beneficios solo si el Administrador del Plan, o su delegado, determina a su entera discreción que el reclamante tiene derecho a los mismos.

Administrador del Plan y Fiduciario Designado:

Mail Stop 3610–Plan Administrator
Administrative Committee
Associates' Health and Welfare Plan
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-3610

Teléfono: **479-621-2058**

Fiduciario designado (para los beneficios auto asegurados de seguro médico, dental, de farmacia e incapacidad a corto plazo): para cada uno de los componentes de estos programas de beneficios, el administrador externo correspondiente es un fiduciario nombrado con relación a las decisiones sobre el pago de las reclamaciones de beneficios bajo el Plan.

Fiduciario designado (para el seguro de vida patronal, seguro de vida opcional para asociados, seguro de vida opcional para dependientes, AD&D, seguro por accidentes en viajes

de negocio y seguro por incapacidad a largo plazo): para cada uno de estos componentes de programas de beneficios asegurados, la compañía aseguradora correspondiente es un fiduciario nombrado con respecto a las decisiones sobre el pago de las reclamaciones de beneficios bajo el contrato de seguro.

Fiduciario del Plan:

J. P. Morgan
4 New York Plaza, 15th Floor
New York, New York 10004-2413

Agente para efectos de diligenciar emplazamientos:

Corporation Trust Company
1209 Orange Street Corporation Trust Center
Wilmington, Delaware 19801

Al Administrador del Plan o al Fiduciario también se les puede emplazar.

Año del Plan: Del 1 de enero al 31 de diciembre

Financiamiento del Plan

Walmart, Inc. puede financiar los beneficios del Plan con sus activos generales o mediante aportaciones al Fideicomiso de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart, Inc. Los empleados también pueden requerir las aportaciones en las cantidades determinadas por Walmart, Inc. a su entera discreción. Todos los activos del Plan, incluidas las aportaciones de los asociados y los dividendos o ingresos del Plan, estarán disponibles para pagar los beneficios dispuestos por el Plan o los gastos del Plan, incluidas las primas de seguro.

Enmiendas o terminación del Plan

Walmart se reserva el derecho de, a su entera discreción, enmendar o dar por terminado cualquier beneficio o disposición del Plan, en cualquier momento y por cualquier razón, según se relacione con cualquier participante o beneficiario actual, pasado o futuro del Plan. El Plan podrá ser enmendado solo de conformidad con los términos del Documento de Resumen.

No se puede enmendar verbalmente el Plan ni los beneficios descritos en este *Manual de Beneficios del Asociado de 2025*. Ninguna declaración o representación verbal tendrá vigencia ni efecto, incluso cuando dichas declaraciones o representaciones sean hechas por el Administrador del Plan, por un asociado gerencial de la compañía, por un representante del centro de llamadas sobre beneficios o por un administrador externo.

Además, ninguna representación escrita de nadie, incluido cualquier material generado por AI en un sistema de Walmart, podrá enmendar o modificar el Plan. Solo las declaraciones escritas relacionadas con la interpretación de los términos actuales del Plan emitidas por el Administrador del Plan y las enmiendas adoptadas de conformidad con los términos del Documento de Resumen serán vinculantes para el Plan.

Tus derechos al amparo de la Ley ERISA

Como participante del Plan de Salud y Bienestar para Asociados tienes ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de 1974 (Ley ERISA), según enmendada. La Ley ERISA dispone que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN Y SUS BENEFICIOS

Tienes el derecho de:

- Examinar, sin costo, en las oficinas del Administrador del Plan y en otros centros especificados, como los lugares de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen al Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos, y una copia del último informe anual (serie de Formularios 5500) presentados por el Plan al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y disponibles en el Salón de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration).
- Obtener, al solicitarlo por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos, copias del último informe anual (serie de Formularios 5500) y una copia actualizada de la Descripción Resumida del Plan. El Administrador podría solicitar un pago razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley requiere que el Administrador del Plan provea a cada participante una copia de este informe anual.

CONTINUAR LA CUBIERTA GRUPAL DEL PLAN MÉDICO

Tienes el derecho de continuar con la cubierta médica tuya, de tu cónyuge o de tus dependientes si ocurre una pérdida de cubierta del Plan como resultado de un evento que califica. Es

posible que tú o tus dependientes tengan que pagar por dicha cubierta. Revisa este *Manual de Beneficios del Asociado de 2025* y los documentos rectores del Plan acerca de las reglas que rigen los derechos de continuación de cubierta conforme a la Ley COBRA. (Consulta el capítulo sobre **COBRA** para más información.)

Debes recibir un certificado de cubierta acreditable, sin costo, de tu plan médico grupal o emisor de seguro médico cuando pierdas la cubierta del Plan, cuando cualifiques para la continuación de cubierta de COBRA o cuando esta termine, si lo solicitas antes de perder la cubierta, o si lo solicitas en el término de 24 meses después de perder la cubierta.

Ten presente que el Plan de Salud y Bienestar para Asociados no tiene una exclusión por condición preexistente.

ACTUACIÓN PRUDENTE DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la Ley ERISA impone deberes a las personas responsables de las operaciones del Plan. Las personas que manejan el Plan, llamadas “fiduciarios”, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en interés tuyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni tu patrono, ni tu sindicato, ni ninguna otra persona, puede despedirte o de alguna forma discriminar en tu contra para impedir que obtengas un beneficio o que ejerzas tus derechos al amparo de la Ley ERISA.

Si tu reclamación de un beneficio es denegada u obviada, en parte o en su totalidad, tienes el derecho de conocer la razón de la denegación, de obtener, sin costo, copias de los documentos relacionados con la decisión y de apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos periodos de tiempo.

A tenor con la Ley ERISA, hay medidas que puedes tomar para hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo:

- Si solicitas materiales del Plan y no los recibes en un plazo de 30 días, puedes entablar una demanda en un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan que provea los materiales y que te pague hasta \$110.00 diarios hasta tanto recibas los materiales, a menos que éstos no hayan sido enviados por razones fuera del control del Administrador.
- Si has presentado una reclamación de beneficios y esta ha sido denegada u obviada, en parte o en su totalidad,

puedes entablar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Por lo general, deberás completar el proceso de apelación antes de entablar una demanda en contra del Plan. No obstante, debes consultar con un abogado para determinar cuándo sería apropiado entablar una demanda en contra del Plan.

- Si no estás de acuerdo con la decisión del Plan o la ausencia de una decisión acerca del estatus calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de cubierta médica para un menor, puedes entablar una demanda ante el tribunal federal.
- En el caso de que los fiduciarios del Plan hayan hecho mal uso del dinero del mismo, o que se haya discriminado en tu contra por hacer valer tus derechos, puedes procurar la ayuda del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos o puedes entablar una demanda ante un tribunal federal.

El tribunal decidirá quién debe pagar las costas del tribunal y los honorarios de abogado. Si tienes éxito, el tribunal podría ordenar a la persona a quien has demandado que pague dichas costas y honorarios. Si pierdes, el tribunal podría ordenarte a pagar dichas costas y honorarios; por ejemplo, si el tribunal estima que tu reclamación es frívola.

AYUDA CON TUS PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del Plan, debes comunicarte con el Administrador del Plan. Si tienes alguna pregunta sobre esta declaración o sobre tus derechos conforme a la Ley ERISA, o si necesitas ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debes comunicarte con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos que aparece en el 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 puedes obtener ciertos documentos sobre tus derechos al amparo de la Ley ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al **866-444-3272** o accediendo a dol.gov/ebsa.

El uso de los datos de asociados y participantes

La información que ofreces en una sesión de inscripción, como tu dirección, correo electrónico, número de teléfono, datos sobre tus dependientes y otros detalles, se usará para inscribirte en el Plan. Esta información se utiliza únicamente para fines de la operación eficaz del plan, que incluye ofrecerte información importante sobre tus beneficios, Walmart Inc. podría compartir la información que provees durante la inscripción con el Plan o con los proveedores que prestan servicios al Plan, según sea razonablemente necesario y lo permita la ley. Consulta el [Aviso de privacidad de la información de asociados de Walmart](#) para ver los detalles.

El Plan puede compartir los datos relacionados con tus beneficios entre los proveedores de servicio del Plan, únicamente para fines de ofrecer los beneficios del Plan, según lo permita la ley. Walmart Inc., el Plan, o sus proveedores de servicio pueden contactarte con relación a tus beneficios a la dirección de correo electrónico o el número de teléfono que proveas.

Aviso de prácticas de privacidad de la Ley HIPAAs

Este aviso fue actualizado el 15 de mayo de 2023

ESTE AVISO APLICA AL PLAN MÉDICO PARA ASOCIADOS (PMA), EL PLAN DENTAL Y MIS RECURSOS DE SALUD MENTAL, COLECTIVAMENTE “LOS PLANES”

EL COMPROMISO DE LOS PLANES CON TU PRIVACIDAD

Las menciones a “nosotros” y “nos” en este aviso se refieren a los Planes. Walmart también ofrece beneficios para algunos asociados por medio de un plan médico para viajes de negocios internacionales totalmente asegurado. En el caso de estas opciones de beneficios, la aseguradora del plan médico para viajes de negocios internacionales es responsable de proteger tu información médica personal conforme a las reglas de la Ley HIPAA, que incluyen proveerte un aviso de sus prácticas de privacidad.

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

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

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



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

CÓMO PUEDEN EL PMA, EL PLAN DENTAL Y MIS RECURSOS DE SALUD MENTAL USAR Y DIVULGAR TU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1. **Para tratamiento.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar tu Información Médica Protegida a médicos, personal de enfermería y otros profesionales que te brindan atención médica.
2. **Para efectuar pagos.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de efectuar pagos por el tratamiento que recibes bajo los Planes. Por ejemplo, podemos comunicarnos con tu profesional de la salud a fin de certificar que has recibido un tratamiento (y para cuál serie de beneficios) y podemos solicitar detalles acerca del tratamiento para determinar si tus beneficios lo cubren o lo pagan. También podemos usar y divulgar tu Información Médica Protegida a fin de obtener pagos de terceros que puedan ser responsables de dichos costos, como familiares u otras compañías de seguro.
3. **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar tu Información Médica Protegida para fines de nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, nuestros administradores de reclamaciones en algunos estados o los Planes pueden usar tu Información Médica Protegida para realizar actividades de control de costos y planificación. La información que usamos o divulgamos para fines de seguro no incluirá Información Médica Protegida que sea información genética.
4. **Al patrocinador del Plan.** Los Planes pueden usar o divulgar tu Información Médica Protegida a Walmart, el Patrocinador del Plan. El Patrocinador del Plan solo usará tu Información Médica Protegida cuando sea necesario para administrar los Planes. La ley solo permite a los Planes divulgar tu Información Médica Protegida a Walmart en su función como Patrocinador del Plan, si Walmart certifica, entre otras cosas, que usará o divulgará dicha información solo según lo permita el Plan, que limitará el acceso a tu Información Médica Protegida a los empleados de Walmart, cuya función es administrar el Plan y que no la usará para ninguna acción relacionada con el empleo.
5. **Para fines de programas y servicios relacionados con la salud.** Los Planes podrían comunicarse contigo acerca de información sobre tratamientos alternos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarte.

6. **A personas que participan en tu atención médica o en el pago de esta.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida a un tercero que participa en tu atención médica, que incluye un familiar, amigo cercano o persona que identificaste para efectos del plan, siempre que consientas a dicha divulgación. Si no estás presente o disponible para aceptar u objetar la divulgación de tu Información Médica Protegida a un tercero que la solicita, entonces los Planes pueden usar su criterio profesional para decidir si la divulgación te beneficia. Si se determina que una divulgación te beneficia, los Planes pueden divulgar la cantidad mínima de Información Médica Protegida necesaria para cumplir con la necesidad. Además, tienes el derecho de solicitar que los Planes limiten cualquier divulgación de Información Médica Protegida a personas específicas que participan en tu atención médica.

OTROS USOS O DIVULGACIONES DE TU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN UNA AUTORIZACIÓN

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

1. **Cuando lo exija la ley.** Los Planes usarán y divulgarán tu Información Médica Protegida cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
2. **Con relación a riesgos de salud pública.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida para fines de actividades de salud pública, como las dirigidas a prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones, informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos, y para reportar el abuso o abandono de niños, personas de mayor edad y adultos dependientes.
3. **Para actividades de fiscalización médica.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida a una agencia de fiscalización para fines de actividades autorizadas por ley. Estas actividades de fiscalización, que son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de salud, incluyen investigaciones, inspecciones, auditorías y licencias.
4. **Para fines de demandas y disputas.** Los Planes pueden usar o divulgar tu Información Médica Protegida para responder a una orden judicial o administrativa si eres parte de una demanda o proceso judicial similar. También podemos divulgar tu Información Médica Protegida para responder a una solicitud de descubrimiento de prueba,

un emplazamiento, u otro proceso legal iniciado por otra parte involucrada en la disputa, pero sólo si hemos recibido garantía satisfactoria de que la parte que solicita la información ha hecho los esfuerzos razonables por informarte sobre la solicitud y darte la oportunidad de objetar ante el tribunal u obtener una orden que proteja la información que dicha parte ha solicitado.

5. **Para fines de cumplimiento de la ley.** Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida a un oficial de ley y orden cuando lo solicite en ciertas circunstancias, que incluyen pero no se limitan a:

- Con relación a la víctima de un crimen en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona
- Con respecto a una muerte que pensamos pueda ser el resultado de una conducta delictiva
- Con relación a una conducta delictiva en nuestras oficinas
- Para responder a una orden judicial, una citación, una orden del tribunal, un emplazamiento u otro procedimiento legal similar
- Para identificar o localizar a un sospechoso, un testigo esencial, un fugitivo o una persona desaparecida
- En una emergencia, para reportar un crimen (lo que incluye la ubicación del crimen o la(s) víctima(s), o la descripción, identidad o ubicación de la persona que cometió el delito) y
- En los casos en que una agencia de ley y orden haya solicitado Información Médica Protegida para fines de identificar o ubicar a una persona, la Ley HIPAA dispone que, en ciertas situaciones específicas, los Planes deberán divulgar a la agencia de ley y orden información limitada como nombre, dirección, número de Seguro Social, tipo de sangre (sistema ABO), tipo de lesión, fecha y hora del tratamiento o la muerte, y características físicas distintivas.

6. **Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.** Los Planes podrían usar y divulgar tu Información Médica Protegida cuando sea necesario para reducir o evitar una amenaza grave a tu salud y seguridad o a la salud y seguridad de otra persona o del público en general. En estas situaciones, solo divulgaremos información a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

7. **Para fines de funciones militares.** Los Planes podrían usar y divulgar tu Información Médica Protegida si eres miembro de las fuerzas armadas de los EE.UU. o de un

país extranjero (incluye a los veteranos), y si es necesario para asegurar la debida ejecución de una misión militar cuando la autoridad militar pertinente ha publicado la información requerida en el Registro Federal.

8. **Para fines de seguridad nacional.** Los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a funcionarios federales para fines de actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley. También podríamos divulgar tu Información Médica Protegida a funcionarios federales para que puedan proteger al Presidente y a otros funcionarios o jefes de estado o para realizar investigaciones.
9. **Confinados.** Los Planes podrían divulgar tu información médica a instituciones penales u oficiales de ley y orden si eres un confinado o estás bajo la custodia de un oficial de ley y orden. La divulgación para estos fines sería necesaria: para que la institución te provea servicios de salud, para la seguridad de la institución o para proteger tu salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.
10. **A los programas de compensación al trabajador.** Los Planes podrían divulgar tu información médica a programas de compensación al trabajador (EL Fondo) y similares.
11. **Para servicios relacionados con muertes.** En el caso de tu muerte, los Planes podrían divulgar tu Información Médica Protegida a un médico forense, director de funeraria, o a servicios de donación de tejido u órganos, según sea necesario para permitirles realizar sus funciones.
12. **Investigación.** La Ley HIPAA permite que los Planes divulguen Información Médica Protegida para fines de investigaciones aprobadas por el gobierno. La política de los Planes es no divulgar Información Médica Protegida para fines de investigación y no se divulgará tu información para dichos fines a menos que sea requerido por ley.
13. **Notas de psicoterapia.** Siempre se requiere una autorización para usar o divulgar las notas de psicoterapia a terceros a menos que el uso o la divulgación esté permitido por las regulaciones de la Ley HIPAA. Los usos o divulgaciones permitidos incluyen: uso para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; uso por la persona que origina las notas para fines de tratamiento; uso por parte de los Planes para defenderse en una demanda iniciada por ti; cuando lo exija el Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos; cuando dicha divulgación sea requisito de ley; para fines de actividades de fiscalización médica

según permitido por las regulaciones; divulgación a una persona que podría razonablemente evitar un daño grave a otra persona o al público y divulgación a un médico forense para fines de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o para otros fines permitidos por ley. Aunque las regulaciones permiten que las entidades cubiertas usen y divulguen notas de psicoterapia para fines de adiestrar a profesionales de la salud o estudiantes, los Planes no participan en dichos ejercicios de adiestramiento y no pueden divulgar la información para esos fines.

14. Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.

Los Planes pueden divulgar tu Información Médica Protegida si existe una sospecha razonable de que eres víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Dicha divulgación se permite según la Ley HIPAA solo cuando lo requiere la ley o con tu permiso o en la medida en que la divulgación sea autorizada expresamente por ley y solo si, según el mejor criterio del Plan, la divulgación sea necesaria para prevenir un daño grave a ti o a otras posibles víctimas.

15. Actividades de fiscalización médica e investigaciones conjuntas.

Los Planes tienen que divulgar Información Médica Protegida solicitada por agencias de fiscalización médica para fines de auditorías legalmente autorizadas, investigaciones, incluidas investigaciones conjuntas, inspecciones, licencias, acciones disciplinarias u otras actividades de fiscalización de entidades autorizadas.

16. Esfuerzos de ayuda en caso de desastres. Los Planes pueden usar o divulgar Información Médica Protegida para notificar a un familiar u otra persona involucrada en tu cuidado sobre tu localización, condición general o muerte, o a una entidad pública o privada autorizada por ley o por su acta constitutiva a dar dicha notificación y asistir en esfuerzos de socorro en casos de desastres.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN TU AUTORIZACIÓN

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

Si revocas la autorización, no usaremos ni divulgaremos tu Información Médica Protegida por las razones indicadas en la autorización, excepto en el caso de que hayamos actuado en dependencia de tu autorización antes de recibir la revocación por escrito.

LEYES ESTATALES DE PRIVACIDAD MÁS ESTRUCTAS

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

TUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Tienes los siguientes derechos respecto a tu información médica protegida:

- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tienes derecho a solicitar que los Planes se comuniquen contigo respecto a problemas de salud y asuntos relacionados de una forma particular o en cierto lugar si piensas que tu vida podría peligrar si las comunicaciones se envían a tu residencia. Por ejemplo, podrías pedirnos que nos comuniquemos contigo en tu lugar de trabajo en lugar de la casa. A fin de solicitar un tipo de comunicación confidencial en particular, es necesario que envíes una solicitud por escrito a la dirección indicada al final de esta sección que especifique el método de contacto o el lugar donde deseas ser contactado. Para que consideremos satisfacer tu solicitud de comunicación confidencial, es necesario que la solicitud escrita declare claramente que la divulgación de toda o parte de esta información podría poner en peligro tu vida.
- Derecho a solicitar restricciones.** Tienes el derecho de solicitar una restricción a nuestro uso o divulgación de tu Información Médica Protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por lo general, no estamos obligados a aceptar tu solicitud, excepto en circunstancias limitadas; sin embargo, si aceptamos, nuestro acuerdo será vinculante, excepto cuando la ley indique lo contrario, en caso de emergencia o cuando la información sea necesaria para ofrecerte tratamiento. Para solicitar una restricción en el uso y la divulgación de tu Información Médica Protegida, debes enviar la solicitud por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. La solicitud debe describir, de forma clara

y concisa, lo siguiente: (a) la información que desees restringir; (b) si estás limitando el uso o la divulgación, o ambas cosas, por parte del Plan Médico para Asociados, el plan dental o Mis Recursos de Salud Mental y (c) a quién desees que se apliquen los límites.

3. **Derecho a inspeccionar y copiar la información.** Con la excepción de circunstancias limitadas, tienes el derecho de inspeccionar y copiar la Información Médica Protegida que puede usarse para tomar decisiones relacionadas con tu persona. Esto usualmente incluye los expedientes médicos y los registros de facturación. Para inspeccionar o copiar tu Información Médica Protegida, debes solicitarlo por escrito a la dirección indicada al final de esta sección. Los Planes deberán proveer directamente a ti, y/o a la persona que nombres, acceso a la Información Médica Protegida electrónica de la forma y en el formato que solicites, si está fácilmente disponible, o, si no, en un formato electrónico legible según acordado entre tú y el Plan. Los Planes pueden cobrar un cargo por concepto de copias, envío, mano de obra y materiales relacionados con tu solicitud. Podemos denegar tu solicitud de inspeccionar o copiar en ciertas circunstancias limitadas, en cuyo caso puedes enviarnos una solicitud para que se revise la denegación a la dirección indicada abajo.
4. **Derecho a solicitar una enmienda.** Tienes el derecho de solicitar que enmendemos tu Información Médica Protegida si consideras que está incorrecta o incompleta. Para solicitar una enmienda, debes enviar una solicitud escrita a la dirección indicada al final de esta sección. Deberás incluir una razón que respalde la solicitud de enmienda. Podríamos denegar tu solicitud si nos pides enmendar Información Médica Protegida que: (a) esté correcta y completa; (b) no sea parte de la Información Médica Protegida mantenida por el Plan o en nombre del Plan; (c) no sea parte de la Información Médica Protegida que se te permitiría inspeccionar y copiar o (d) no haya sido creada por el Plan, a menos que la persona o la entidad que creó la información no esté disponible para enmendarla. Aun en el caso de que deneguemos tu solicitud de enmienda, tienes el derecho de presentar una declaración de desacuerdo acerca de cualquier dato en tu expediente que consideres incompleto o incorrecto. Si lo solicitas, este formará parte de tu expediente médico, lo adjuntaremos a tus registros y lo incluiremos cuando divulguemos el dato o la declaración que consideres incompleta o incorrecta.
5. **Derecho a recibir una explicación de las divulgaciones.** Tienes el derecho de recibir una explicación de las divulgaciones. La explicación de las divulgaciones es una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de

tu Información Médica Protegida para la mayoría de los fines que no sean los de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras excepciones conforme a la ley o conforme a tu autorización. Para solicitar una explicación de las divulgaciones, debes enviar una solicitud escrita a la dirección indicada al final de esta sección. Debes especificar el período de tiempo, el cual no puede exceder del periodo de seis años anterior a tu solicitud. Te notificaremos acerca del costo que conlleva satisfacer tu solicitud y puedes optar por retirar o modificar la solicitud en ese momento.

6. **Aviso impreso.** Tienes el derecho de solicitar una copia impresa de este aviso, aunque hayas acordado recibirlo en formato electrónico.

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

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

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

Envía la pregunta por correo electrónico a: AHWPrivacy@walmart.com
 Teléfono: **800-421-1362**

Medicare y tu cubierta de medicamentos recetados

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

Este aviso tiene información sobre tu cubierta actual de medicamentos recetados del Plan Médico para Asociados (el PMA) y sobre tu opción de cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarte a

decidir si debes inscribirte o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si estás considerando inscribirte, debes comparar tu cubierta actual, incluidos los medicamentos cubiertos y el costo, con la cubierta y los costos de los planes que ofrece la cubierta de Medicare para medicamentos en tu área. La información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre tu cubierta de medicamentos aparece al final de este aviso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si te inscribes en un plan de medicamentos de Medicare y decides regresar a una opción del PMA en el plazo de 60

días, tendrás que llamar a People Services al **800-421-1362** para reinscribirte. Consulta el capítulo de **Elegibilidad, inscripción y fechas de vigencia** para ver los detalles.

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

Contacta a People Services al **800-421-1362** o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065** para información adicional. Nota:

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

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

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

Para información adicional sobre la cubierta de medicamentos recetados de Medicare:

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

Si tienes ingresos y recursos limitados, puedes solicitar la ayuda adicional ofrecida para pagar el plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visita la Administración de Seguro Social en línea en socialsecurity.gov, o llama al **800-772-1213** (TTY **800-325-0778**).



RECUERDA

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

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

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

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

Si tú o tus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP actualmente y piensas que podrían ser elegibles para

uno de estos programas, puedes comunicarte con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llamar a 877-KIDSNOW, o acceder a insurekidsnow.gov para averiguar cómo inscribirte. Si cualificas, pregunta si el estado tiene un programa que pueda ayudarte a pagar las primas del Plan.

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

Si resides en uno de los estados a continuación, es posible que seas elegible para asistencia con el pago de las primas del plan médico patronal. La lista de estados a continuación se actualizó el 31 de julio de 2024. Comunícate con tu estado de residencia para obtener información adicional sobre elegibilidad.

<p>ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 855-692-5447</p>	<p>KANSAS – Medicaid Sitio web: http://www.kancare.ks.gov Teléfono de HIPP: 800-967-4660</p>
<p>ALASKA – Medicaid Sitio web del AK Health Insurance Premium Payment Program: http://myakhipp.com Teléfono: 866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p>KENTUCKY – Medicaid Sitio web de Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPProgram@ky.gov KCHIP website: https://kynect.ky.gov Teléfono: 877-524-4718 Sitio web de Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com Teléfono: 855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>LOUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p>CALIFORNIA – Medicaid Sitio web del Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program: https://www.dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>	<p>MAINE – Medicaid Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Sitio web de primas de seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>
<p>COLORADO – Health First Colorado (Medicaid) & Child Health Plan Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com Health First Colorado Member Contact Center: 800-221-3943 State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 800-359-1991 / State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com Servicio al cliente de HIBI: 855-692-6442</p>	<p>MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP Sitio web: http://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
<p>FLORIDA – Medicaid Sitio web: https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 877-357-3268</p>	<p>MINNESOTA – Medicaid Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage Teléfono: 800-657-3739</p>
<p>GEORGIA – Medicaid Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, press 1 Sitio web de GA-CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, press 2</p>	<p>MISSOURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p>INDIANA – Medicaid Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid http://www.in.gov/fssa/df Teléfono: 800-403-0864 Teléfono de servicio a los socios: 800-457-4584</p>	<p>MONTANA – Medicaid Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>
	<p>NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
	<p>NEVADA – Medicaid Sitio web: http://dhcnp.nv.gov Teléfono: 800-992-0900</p>

<p>NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Línea sin cargos para programa HIPP: 800-852-3345, ext 5218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>	<p>SOUTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 888-828-0059</p> <p>TEXAS – Medicaid Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Teléfono: 800-440-0493</p>
<p>NEW JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Teléfono: 800-356-1561 Teléfono de CHIP premium assistance: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>UTAH – Medicaid and CHIP Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 877-543-7669 Sitio web de Adult expansion: https://medicaid.utah.gov/expansion Sitio web de Utah Medicaid Buyout Program: https://medicaid.utah.gov/buyout-program Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov</p>
<p>NEW YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid Teléfono: 800-541-2831</p>	<p>VERMONT – Medicaid Sitio web de Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program / Department of Vermont Health Access: https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program Teléfono: 800-250-8427</p>
<p>NORTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 800-432-5924</p>
<p>NORTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 844-854-4825</p>	<p>WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov Teléfono: 800-562-3022</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 888-365-3742</p>	<p>WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms http://mywvhpp.com Teléfono de Medicaid: 344-558-1700 Teléfono sin cargos de CHIP: 855-MyWVHIPP (855-699-8447)</p>
<p>OREGON – Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 800-699-9075</p>	<p>WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 800-362-3002</p>
<p>PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 800-986-421-5437</p>	<p>WYOMING – Medicaid Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility Teléfono: 800-251-1269</p>
<p>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 855-697-4347, o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)</p>	
<p>SOUTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 888-549-0820</p>	

Para ver si otros estados han añadido un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2024, o para información adicional sobre los derechos de inscripción especial, comunícate con uno de los siguientes:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
dol.gov/ebsa
 866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
cms.hhs.gov
 877-267-2323, Opción 4, Ext. 61565

Apreciado participante del Plan

EL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR PARA ASOCIADOS RESPETA LA DIGNIDAD DE CADA PERSONA QUE PARTICIPA EN EL PLAN.

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

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

عربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-421-1362.

မြန်မာစာ (Burmese)

သတိပြုရန် - အကယုၣ်သဉ်းသဉ်းပူမနွာစကားကို ဝေပျာပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အကြံကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-421-1362 သို့မူ ဝေခင့်ဆိုပါ။

漢語廣東話 (Cantonese)

請指出您的語言。翻譯服務免費提供1-800-421-1362.

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با توجه به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-421-1362 تماس بگیرید.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. 1-800-421-1362.

Kreyòl Ayisyen (French Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-421-1362.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-421-1362. まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-421-1362. 번으로 전화해 주십시오.

汉语普通话 (Mandarin)

請指出您的語言 翻譯服務免費提供 1-800-421-1362.

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

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

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

- Teléfono: **1-800-368-1019** o **1-800-537-7697** (TDD)
- Sitio web: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

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

Polski (Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-421-1362.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-421-1362.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-421-1362. 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

Română (Romanian)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la -1-800-421-1362.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-421-1362.

Soomaali (Somali)

Tilmaan luuqadaada. Adeegyada turjubaanka, lacag la'aan aya laguugu siinayaa. 1-800-421-1362.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-421-1362.

Kiswahili (Swahili)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-800-421-1362.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-421-1362.

El Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	154
Cómo inscribirte en el Plan	155
Tus cuentas del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	155
Cómo hacer una reinversión del plan de un patrono anterior	156
Cómo hacer aportaciones a la cuenta 401(k)	156
Aportaciones de Walmart a la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía	157
Cómo invertir las cuentas	158
Más sobre la posesión de acciones de Walmart	160
Balances y estados de cuenta	160
Cómo recibir un desembolso mientras trabajas para Walmart Puerto Rico	161
Si mueres: tu beneficiario designado	162
Si te divorcias	163
Si te vas de Walmart Puerto Rico	163
Si te vas y luego Walmart Puerto Rico te recontracta	165
Consecuencias tributarias de un desembolso	166
Cómo presentar una reclamación al Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	167
Información administrativa	168
Apéndice: Aviso sobre situaciones tributarias especiales de Puerto Rico	170

Este documento incluye un resumen en inglés de los derechos y beneficios bajo el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico. Si necesitas asistencia para aclarar cualquier duda relacionada con este documento, comunícate con el Representante de Recursos Humanos o la División de Beneficios llamando al **787-653-1065** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora estándar del Atlántico).

El nombre legal del plan es el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico. Este documento lo provee únicamente el patrono. Ninguna afiliada de Bank of America Corporation ha revisado ni participado en la elaboración de la información aquí incluida.

El Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Inscribirte o cambiar tu aportación al Plan 401(k) y la aportación adicional ("catch-up")	Visita One.Walmart.com o el sitio web del Plan en benefits.ml.com	Llama al el Centro de Servicio al Cliente al 888-968-4015 .
<ul style="list-style-type: none"> Solicitar un paquete de reinversión ("rollover") para hacer una aportación de este tipo Obtener una hoja de divulgación de cuotas Obtener información sobre tus cuentas del Plan Obtener una copia del estado de cuenta trimestral Solicitar un retiro por penuria o un retiro después de cumplir 59½ años edad Solicitar un retiro de tus aportaciones de reinversión Solicitar un préstamo de la cuenta del Plan Cambiar las opciones de inversión Solicitar un desembolso cuando te vas de Walmart Puerto Rico Obtener información sobre las opciones de inversión del Plan 	Visita benefits.ml.com	Llama al el Centro de Servicio al Cliente al 888-968-4015 .
<ul style="list-style-type: none"> Designar a un beneficiario 	Visita One.Walmart.com	Llena el Formulario de Designación de Beneficiario para el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico: contacta al representante de Recursos Humanos

Lo que debes saber sobre el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

- Por lo general, serás elegible para participar en el Plan para fines de hacer tus propias aportaciones y recibir aportaciones paralelas en el primer día del mes calendario posterior al primer aniversario de tu contratación, si se te acreditó un mínimo de 1,000 horas durante ese primer año.
- A partir del 1 de febrero de 2025 es posible que seas elegible para hacer tus propias aportaciones al plan (pero no para recibir aportaciones paralelas) incluso si no te han acreditado 1,000 horas de servicio durante el año pertinente. A partir de 2023, serás elegible para hacer tus propias aportaciones al Plan después de completar dos "años de servicio a tiempo parcial" consecutivos (por lo general dos periodos de 12 meses en los cuales te acreditan por lo menos 500 horas de servicio).
- Puedes aportar al Plan de un 1% a un 50% de cada cheque de nómina una vez seas elegible.
- Walmart Puerto Rico hará aportaciones paralelas en cada periodo de nómina. La aportación paralela se hará dólar por dólar del dinero que aportas al Plan cuando seas elegible para aportaciones paralelas, hasta un 6% de tus ingresos anuales elegibles.
- Siempre tendrás el 100% de los derechos adquiridos en el dinero que aportas a la Cuenta 401(k) y el dinero que Walmart aporta a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía.
- Tú elijes cómo invertir todas las aportaciones a la cuenta del Plan.
- Si no escoges cómo se invertirán las aportaciones actuales al Plan, estas se invertirán automáticamente en la opción predeterminada de inversión, que actualmente es la de los fondos BlackRock® LifePath Index.
- No pagarás contribuciones sobre ingresos en Puerto Rico ni sobre ganancias de inversiones hasta que recibas un desembolso del Plan.
- El Plan acepta aportaciones de reinversión de otros planes de jubilación elegibles. Puedes cambiar o darte de baja de la cubierta en cualquier momento.
- Puedes solicitar un préstamo de la cuenta del Plan sujeto a las reglas del Plan.
- Puedes acceder a tu cuenta y monitorearla en cualquier momento en benefits.ml.com.

Este es un resumen de los beneficios ofrecidos por el Plan al 1 de octubre de 2024. En el caso de que surjan preguntas sobre la naturaleza y el alcance de los beneficios, regirá el lenguaje formal del documento del Plan y no el lenguaje informal de este resumen.

Elegibilidad para el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

ASOCIADOS QUE SON ELEGIBLES PARA PARTICIPAR EN EL PLAN

Todos los asociados de Walmart Puerto Rico que son residentes de Puerto Rico son elegibles para participar en el Plan, con la excepción de:

- Empleados contractuales, extranjeros no residentes que no tienen ingresos de fuentes de Puerto Rico y contratistas o consultores independientes
- Cualquier persona que no se trate como empleado de Walmart Puerto Rico
- Asociados que participan en un convenio colectivo, en la medida en que el convenio no disponga la participación en este Plan y
- Asociados representados por un delegado de convenio colectivo después de que Walmart Puerto Rico haya negociado de buena fe y llegado a un impase con el representante con respecto a los beneficios.

CUÁNDO COMIENZA LA PARTICIPACIÓN

Si eres un asociado elegible, tu participación en el Plan de Participación en las Ganancias y 401(k) de Walmart Puerto Rico para fines de hacer tus propias aportaciones y recibir aportaciones paralelas, comenzará el primer día del mes calendario posterior al primer aniversario de tu contratación en Walmart Puerto Rico si tienes acreditado un mínimo de 1,000 horas de servicio durante ese primer año. Por ejemplo, si tu fecha de contratación es el 15 de diciembre de 2023 y te han acreditado 1,095 horas al 15 de diciembre de 2024 (tu primer aniversario), comenzarás a participar en el Plan el 1 de enero de 2025. Esto significa que puedes optar por aportar al Plan con deducciones de tu salario y que eres elegible para recibir aportaciones paralelas de la compañía.

Si no te acreditan 1,000 horas de servicio durante el primer año, tu elegibilidad se determinará según las horas acreditadas durante el año del Plan, del 1 de febrero al 31 de enero. Serás elegible para participar en el Plan el 1 de febrero posterior al año del Plan en el que se te acreditan por lo menos 1,000 horas de servicio. Por ejemplo, si tu fecha de contratación es el 15 de febrero de 2023 y te han acreditado solo 595 horas al 15 de febrero de 2024 (tu primer aniversario), pero trabajas 1,095 horas durante el año del Plan del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025, comenzarás a participar en el Plan el 1 de febrero de 2025.

CUÁNDO COMIENZA LA PARTICIPACIÓN LIMITAD

A partir del 1 de febrero de 2025, si eres un asociado elegible, podrías cualificar para hacer tus propias aportaciones al Plan en el primer día del año del Plan después de que se te acrediten

por lo menos 500 horas de servicio durante dos “años de servicio a tiempo parcial” consecutivos. Un “año de servicio a tiempo parcial” es el periodo de 12 meses que termina en tu primer aniversario de empleo en Walmart Puerto Rico, y cualquier año del Plan a partir del año del Plan que incluye el primer aniversario de tu fecha de contratación. Ten presente que el servicio prestado antes del 1 de enero de 2023 no se toma en cuenta para estos fines.

Por ejemplo, si tu fecha de contratación es el 15 de diciembre de 2023 y te han acreditado 595 horas al 15 de diciembre de 2024 (tu primer aniversario), y también te acreditan 650 horas durante el año del Plan del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025, comenzarás a participar en el Plan limitadamente solo para fines de hacer tus propias contribuciones al Plan el 1 de febrero de 2025. Sin embargo, no serás elegible para comenzar a recibir aportaciones paralelas hasta que cumplas con los requisitos de participación plena antes mencionados (es decir, que te acrediten por lo menos 1,000 horas de servicio durante tus primeros 12 meses de empleo o durante un año del Plan).

CÓMO SE ACREDITAN LAS HORAS DE SERVICIO SEGÚN EL PLAN

Para los asociados no exentos, las horas que se cuentan para cumplir con el requisito de 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se cuentan las horas elegibles (incluidas las horas extra) trabajadas por los asociados no exentos de Walmart Puerto Rico o de cualquier compañía relacionada.
- También se cuentan las horas por las cuales un asociado recibe licencia con paga o tiempo libre personal.
- Cuando un periodo de nómina abarca dos años del Plan, se acreditan las horas al año del Plan en la que realmente se trabajaron.

Si eres un asociado exento, las horas que cuentan para el requisito de 1,000 horas se acreditan de la siguiente manera:

- Se te acreditan 190 horas al mes por cada mes que trabajas por lo menos una hora en Walmart Puerto Rico o cualquier compañía relacionada.
- Por lo general, tienes que haber trabajado un mínimo de seis meses del año del Plan para que te acrediten 1,000 horas ese año. (Las vacaciones pagadas después de irte de Walmart Puerto Rico no te darán horas de servicio adicionales para estos fines).

Si te conviertes en asociado de Walmart Puerto Rico como resultado de la adquisición de un patrono anterior, es posible que apliquen reglas de acreditación especiales.

Conforme a la Ley de Derechos a Contratación y Reconstrucción de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), los veteranos que regresan a Walmart Puerto Rico o a una compañía relacionada después de una movilización

que califica pueden ser elegibles para que el servicio militar calificado cuente hacia sus horas de servicio según el Plan. Llama a People Services al **800-421-1362**.

Cómo inscribirte en el Plan

Un poco antes de comenzar a ser elegible para participar en el Plan, recibirás un paquete de inscripción a la dirección residencial que tienes registrada. Este paquete explica cómo puedes hacer aportaciones de tu salario antes de impuestos a la cuenta 401(k) y cómo puedes dirigir la inversión de los fondos del Plan eligiendo entre un menú de opciones de inversión con diversos objetivos y riesgos relacionados. Ya que el Plan tiene el propósito de ser una fuente importante de seguridad económica en los años de jubilación, debes leer toda la información sobre el Plan con detenimiento.

Una vez cumplas con los requisitos de elegibilidad para recibir aportaciones paralelas, Walmart Puerto Rico hará aportaciones paralelas de todas tus aportaciones dólar por dólar, hasta un 6% de tus ingresos anuales elegibles en cualquier año del Plan, según se explica en la sección **Aportaciones de Walmart a la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía**. Siempre tendrás el 100% de los derechos adquiridos de tu cuenta 401(k) y de la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía.

Para comenzar a hacer aportaciones al Plan una vez seas elegible, puedes inscribirte en línea en **One.Walmart.com** o en **benefits.ml.com**, o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. Puedes inscribirte en cualquier momento después de adquirir elegibilidad.

Al inscribirte puedes escoger:

- El porcentaje de tu salario que deseas aportar cada período de nómina (consulta **Cómo hacer aportaciones a la cuenta 401(k)** más adelante en este resumen) y
- Cómo invertir tu cuenta en las distintas opciones de inversión del Plan; en el paquete de inscripción se describen las opciones de inversión y los procedimientos del Plan.

Después de inscribirte, te enviarán por correo un aviso de confirmación a tu dirección residencial, o una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si has optado por la entrega electrónica de los materiales del Plan. La confirmación indicará el porcentaje de tu salario que has elegido aportar de cada cheque y las opciones de inversión que has seleccionado. Debes revisar la confirmación para verificar que la información de inscripción esté correcta.

Tus aportaciones al Plan comenzarán en cuanto sea factible desde el punto de vista administrativo, normalmente en el término de dos períodos de nómina después de inscribirte. No se deducirán aportaciones de tu salario antes de comenzar la elegibilidad para participar en el plan. Solo los participantes que eligen aportar sus propios fondos al Plan recibirán aportaciones paralelas de Walmart sobre dichas aportaciones,

sujeto a los requisitos de elegibilidad resumidos en la sección de **Aportaciones de Walmart a la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía**.

Eres responsable de verificar los cheques de nómina para confirmar que se haya implementado tu selección correctamente. Si crees que tu selección no fue implementada correctamente, notifica al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015 a tiempo para que se tomen las medidas correctivas. Para que la notificación se considere a tiempo, es necesario que no transcurran más de tres meses después de la fecha en la que haces la selección.**

Tus cuentas del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

El Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico consta de varias cuentas. Tendrás algunas de las siguientes cuentas o todas:

- **Cuenta 401(k):** Esta cuenta contiene tus aportaciones al Plan (incluidas las aportaciones adicionales, de haberlas) según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía:** Esta cuenta contiene las aportaciones paralelas de Walmart Puerto Rico, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta de Reinversión 401(k):** Esta cuenta contiene las aportaciones que transferiste del plan calificado de otro patrono a este Plan conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía:** Esta cuenta incluye las aportaciones discrecionales de la compañía al Plan efectuadas para los años del Plan que terminaron en o antes del 31 de enero de 2011, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.
- **Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía:** Esta cuenta incluye las aportaciones discrecionales de la compañía al Plan efectuadas para los años del Plan que terminaron en o antes del 31 de enero de 2011, según ajustadas por las ganancias o pérdidas en dichas aportaciones.

Las diferencias entre estas cuentas se examinan en mayor detalle en otras partes de este resumen.

Ten presente que si te conviertes en asociado de Walmart como resultado de la adquisición de un patrono anterior y has participado en el plan 401(k) de dicho patrono, es posible que tengas otras cuentas en este plan con cantidades que aportaste al plan del patrono anterior. Si piensas que esto te aplica, puedes obtener más información sobre tus otras cuentas llamando al el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Cómo hacer una reinversión del plan de un patrono anterior

Cuando comiences a trabajar en Walmart Puerto Rico, es posible que tengas fondos antes de impuestos que te deben del plan de jubilación de un patrono anterior calificado conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico. De ser así, es posible que puedas reinvertir ese dinero en este Plan. Si reinviertes fondos en este Plan, debes tener presente que:

- Si eres un asociado elegible, puedes proceder a reinvertir el dinero en el Plan aunque no hayas cumplido aún con el requisito de elegibilidad para participar en el Plan. Una vez reinviertas los fondos en el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico, los mismos estarán sujetos a las reglas de este Plan, incluidas las reglas de desembolso, y no a las reglas del plan del patrono anterior. Tu aportación de reinversión será colocada en la Cuenta de Reinversión 401(k) y tendrá 100% de los derechos adquiridos y
- Podrás retirar todas o cualquier parte de las aportaciones de reinversión en cualquier momento.

Si te interesa hacer una aportación de reinversión en el Plan, puedes solicitarlo en benefits.ml.com o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** para obtener un paquete de reinversión.

Cómo hacer aportaciones a la cuenta 401(k)

Una vez comiences a participar en el Plan, puedes optar por aportar de un 1% a un 50% (en porcentajes enteros) de cada cheque de nómina a tu Cuenta 401(k). Sin embargo, tus aportaciones en cualquier año calendario no pueden exceder el límite establecido por ley. Para el 2025, ese límite es de \$15,000. El Departamento de Hacienda de Puerto Rico podría aumentar esta cantidad de vez en cuando. Siempre tienes el 100% de los derechos adquiridos en todas las cantidades aportadas a tu cuenta 401(k).

Las aportaciones a la Cuenta 401(k) se deducen de tu salario antes de retener las contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Esto significa que no pagas contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico en las cantidades que aportas al Plan. Las ganancias sobre estas aportaciones siguen acumulándose libre de impuestos y no estarán sujetas a impuestos hasta que se distribuyan. Ten presente que tus aportaciones están sujetas a los impuestos de Seguro Social en el año en que se deducen de tu salario. Sin embargo, las distribuciones del Plan no están sujetas a impuestos de Seguro Social.

CÓMO SE DETERMINA LA APORTACIÓN AL PLAN 401(K)

El porcentaje del salario que eliges aportar al Plan se aplicará a los tipos de ingresos que siguen:

- Sueldo o salario regular, incluidos los bonos (excepto según se indica más adelante) y los dólares antes de impuestos que usas para las aportaciones al 401(k) o para comprar beneficios disponibles bajo el Plan de Salud y Bienestar para Asociados de Walmart, Inc.
- Horas extra, tiempo libre con paga (usado y pagado), luto, servicio de jurado y paga extraordinario
- Bonos navideños
- Premios de reconocimiento especial, como el Premio por Desempeño Sobresaliente
- Pagos de diferencial en sueldo que recibes de Walmart Puerto Rico mientras estás en una licencia militar calificada. Esto significa que la aportación que tienes en vigor cuando te vas de licencia continuará aplicándose a tus pagos de diferencial en sueldo mientras estés de licencia, a menos que cambies tu selección y
- La paga de transición designada con relación a un evento de la Ley de Notificación de Ajustes y de Reentrenamiento del Trabajador (WARN, por sus siglas en inglés).

El porcentaje del salario que eliges aportar al Plan se aplicará a los tipos de ingresos que siguen:

- El 15% de las aportaciones paralelas de Walmart en el Plan de Compra de Acciones para Asociados
- El reembolso de gastos, como por ejemplo de relocalización
- Beneficios de bienestar
- Beneficios marginales
- Asignaciones
- Paga por incapacidad aprobada
- Bono pagado por comenzar a trabajar en Walmart
- Paga por indemnización
- Ingresos de inversión de capital, incluidos los ingresos de opciones de compra de acciones o derechos limitados sobre acciones, o
- Al terminar tu empleo, un cheque de nómina final pagado antes del final de un ciclo de nómina normal (a menos que sea factible desde el punto de vista administrativo retener tu aportación de ese cheque de nómina).

Solo se tomará en cuenta el salario devengado después de ser elegible para participar en el Plan a la hora de determinar las aportaciones al 401(k) y las aportaciones paralelas de la compañía.

CÓMO CAMBIAR LA CANTIDAD DE LA APORTACIÓN A LA CUENTA 401(K)

Puedes aumentar, reducir, suspender o comenzar tus aportaciones en cualquier momento iniciando sesión en One.Walmart.com o benefits.ml.com. También puedes llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. El cambio entrará en vigor en cuanto sea factible desde el punto de vista administrativo, normalmente en el término de dos períodos de nómina. Si cambias la cantidad de la aportación, te enviarán un aviso de confirmación a tu dirección residencial, o una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si has optado por la entrega electrónica de documentos. Eres responsable de verificar los cheques de nómina para confirmar que se haya implementado tu selección correctamente. Si crees que tu selección no fue implementada correctamente, debes notificar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** a tiempo para que se tomen las medidas correctivas. Para que se considere a tiempo, es necesario que des la notificación no más de tres meses después de la fecha en que hiciste la selección. Si no notificas al Centro de Servicio al Cliente a tiempo, la cantidad retenida de tu cheque de nómina será tratada como una selección diferida.

SI TIENES 50 AÑOS O MÁS (APORTACIONES ADICIONALES)

Si tienes 50 años o más (o tendrás 50 años a finales del año calendario pertinente) y estás aportando hasta el límite del Plan o el límite legal, se permite que hagas otras aportaciones, conocidas como aportaciones adicionales ("catch-up"), las cuales se efectúan mediante deducción de nómina como tus aportaciones normales. Para el año 2025, las aportaciones adicionales pueden ser de cualquier cantidad hasta \$1,500 o de 75% de tus ingresos anuales elegibles, lo que sea menor. El Departamento de Hacienda de Puerto Rico podría aumentar esta cantidad de vez en cuando. Las aportaciones adicionales se acreditarán a tu Cuenta 401(k).

Por ejemplo, si eliges aportar la cantidad máxima en el año calendario 2025, que es la cantidad menor entre \$15,000 o el porcentaje máximo de tu salario anual elegible permitido por el Plan, podrías aportar hasta \$1,500 adicionales en el año calendario 2025. Si te interesa efectuar aportaciones adicionales, puedes inscribirte en línea en One.Walmart.com o benefits.ml.com, o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

CÓMO APORTAR A MÁS DE UN PLAN DURANTE EL AÑO

La cantidad total máxima que puedes aportar a este Plan y a cualquier otro plan calificado de Puerto Rico es de \$15,000 para el año calendario 2025 o \$16,500 si eres elegible para aportaciones adicionales (catch-up). Esta cantidad podría

aumentar ocasionalmente. Si aportas a más de un plan durante el año, eres responsable de verificar si has excedido el límite legal.

Si el total de tus aportaciones excede del límite legal en un año calendario, debes solicitar que te reembolsen la cantidad en exceso. La cantidad en exceso deberá incluirse en tus ingresos de ese año y estará sujeta a impuestos. Además, si la cantidad en exceso no se te reembolsa al 15 de abril posterior al año en que fue diferida, tendrás que pagar impuestos por segunda vez cuando se te distribuya dicha cantidad en exceso. Si deseas solicitar que el Plan te devuelva esa cantidad en exceso, contacta a People Services al **800-421-1362** no más tarde del 1 de abril posterior al año calendario en el que se efectuaron las aportaciones en exceso. Perderás cualquier aportación paralela relacionada con las aportaciones reembolsadas.

SI TIENES SERVICIO MILITAR CALIFICADO

Si faltas al trabajo debido a un servicio militar calificado, es posible que tengas derecho, conforme a la Ley de Derechos a Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), a efectuar las aportaciones que dejaste de hacer durante el servicio militar (es decir, hacer aportaciones por una cantidad igual a la que hubieras sido elegible para aportar de haber estado trabajando para Walmart Puerto Rico). Para obtener información adicional, contacta a People Services al **800-421-1362**.

Aportaciones de Walmart a la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía

Una vez seas elegible para recibirlas, Walmart Puerto Rico hará aportaciones paralelas a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía, equivalentes al 100% de las aportaciones subsiguientes que hagas a tu cuenta 401(k), incluidas las aportaciones adicionales, hasta un 6% de tu salario anual elegible para el año del Plan. La compañía hará las aportaciones paralelas a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas en cada periodo de nómina y continuará haciéndolo hasta que alcances la cantidad total de aportaciones paralelas de la compañía para la cual cualificas en ese año del Plan. Tu salario anual elegible para estos fines es el mismo esbozado arriba para determinar las aportaciones de 401(k) al Plan, pero no incluye las cantidades que te pagaron antes de ser elegible para participar en el Plan.

NOTA: El límite para aportaciones paralelas se aplica según el año del Plan (1 de febrero al 31 de enero). Ya que el límite en dólares de las aportaciones al 401(k) (\$15,000 en 2025) se aplica según el año calendario, es importante que consideres el momento en que haces tus aportaciones a la cuenta 401(k) para asegurarte de recibir la aportación paralela completa. Por ejemplo, si aportas los \$15,000 en aportaciones 401(k) en enero de 2025, es posible que no recibas una aportación

paralela sobre esa suma si ya habías recibido la cantidad máxima de aportaciones paralelas anteriormente durante el año del Plan que terminó el 31 de enero de 2022.

Como se ha indicado anteriormente, si te ausentas del trabajo debido a un servicio militar calificado, podrías tener derecho, conforme a la Ley USERRA, a añadir las aportaciones 401(k) que dejaste de hacer durante el servicio militar. Si haces aportaciones adicionales al Plan 401(k), Walmart Puerto Rico tiene la obligación de hacer aportaciones paralelas a las aportaciones que hubieras recibido con relación a esas aportaciones. Si piensas que podría aplicarte esta regla, contacta a People Services al **800-421-1362**.

DERECHOS ADQUIRIDOS EN LA CUENTA DE APORTACIONES PARALELAS DE LA COMPAÑÍA

Siempre tienes el 100% de los derechos adquiridos en las aportaciones que hace Walmart Puerto Rico a tu Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía.

DERECHOS ADQUIRIDOS EN LA CUENTA DE PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Si tienes una Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía (consulta la sección anterior de [Tus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart Puerto Rico](#) en este resumen), el porcentaje con derechos adquiridos de dicha cuenta es la parte que tienes derecho a recibir si te vas de Walmart Puerto Rico o sus compañías relacionadas. Tus estados de cuenta muestran el porcentaje con derechos adquiridos.

Adquieres los derechos en la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía (aparte de las reinversiones en esa cuenta, que siempre tienen un 100% de derechos adquiridos) dependiendo de tus años de servicio con Walmart Puerto Rico y compañías relacionadas, como sigue:

TIEMPO DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS EN LA CUENTA DE PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS*	
Años de servicio	Porcentaje de derechos adquiridos
Menos de 2	0%
2	20%
3	40%
4	60%
5	80%
6 años o más	100%

*Aplica a los participantes con empleo activo en o después del 31 de enero de 2008.

NOTA: Si tu empleo terminó antes del 1 de febrero de 2007, el desembolso se basó en el programa de adquisición de derechos previo y no en el de la tabla anterior.

Para estos fines, un año de servicio es un año del Plan (del 1 de febrero al 31 de enero) durante el cual te acreditan, por lo menos, 1,000 horas de servicio según las reglas sobre horas de servicio (consulta la sección anterior [Cómo se acreditan las horas de servicio según el Plan](#) en este resumen). Si te acreditan menos de 1,000 horas en un año del Plan, esto no aumenta la adquisición de derechos. (Observa que, para estos fines, la fecha de aniversario no determina los años de servicio.)

Si te vas de Walmart Puerto Rico por razones de jubilación (a los 65 años o más) o de muerte, tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía tendrá un 100% de derechos adquiridos, independientemente de tus años de servicio. La Cuenta de Participación en las Ganancias también tendrá un 100% de los derechos adquiridos si en algún momento se da por terminado el Plan.

DERECHOS ADQUIRIDOS EN LA CUENTA 401(K) FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Siempre tienes el 100% de los derechos adquiridos en las aportaciones que hace Walmart a tu Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía (consulta [Tus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart Puerto Rico](#) anteriormente en este resumen).

Cómo invertir las cuentas

OPCIONES DE INVERSIÓN

Tú decides cómo se invertirán tus cuentas. Puedes escoger:

- **The BlackRock LifePath® Index Funds.** Los fondos BlackRock LifePath Index Funds son una serie de opciones de inversión comúnmente conocidas como fondos "para la fecha prevista de jubilación". Los fondos BlackRock LifePath Index son opciones de inversión diversificadas que automáticamente cambian la asignación de los activos con el tiempo para hacerla más conservadora a medida que el participante se acerca a la jubilación. Esto se hace cambiando la cantidad de dinero invertido en inversiones más agresivas como las acciones y repartiendo esas cantidades.
- **Entre un menú de opciones de inversión disponibles bajo el Plan.** Ten presente que las acciones de Walmart son una opción solo para la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía. Las acciones de Walmart no están disponibles para inversión en ninguna otra cuenta del Plan (aunque, en la medida que esas otras cuentas incluyan acciones de Walmart, siempre podrás vender dichas acciones, pero no se permitirán futuras compras de acciones de Walmart).

Puedes escoger una de las opciones de inversión o puedes repartir el dinero entre las diversas opciones de inversión. Las ganancias o pérdidas en tus cuentas dependerán del rendimiento de las inversiones que seleccionaste.

Si no tomas una decisión sobre cómo invertir las aportaciones actuales a la cuenta, éstas se invertirán en uno de los fondos BlackRock LifePath Index según tu edad. Consulta el aviso de Alternativa de Inversión Calificada Predeterminada (QDIA, por sus siglas en inglés) y la Guía de Inversiones. Ambos documentos están disponibles en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Ya que la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía es un Plan de propiedad de acciones para empleados, los activos de participación en las ganancias, por lo general, se invierten principalmente en acciones de Walmart. Para los años del plan que terminaron antes del 31 de enero de 2006, todas o una parte considerable de las aportaciones de participación en las ganancias de Walmart Puerto Rico se invirtieron en acciones de Walmart. Si participabas en el Plan antes de esa fecha, es posible que tengas acciones de Walmart en tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía. En los años del plan que terminaron el 31 de enero de 2007 o después, no se invirtieron las aportaciones de participación en las ganancias de Walmart Puerto Rico en acciones de Walmart.

El paquete de inscripción que recibes cuando eres elegible para inscribirte incluye una descripción de todas las opciones de inversión, entre ellas los fondos BlackRock LifePath Index. También puedes obtener información adicional sobre cada opción de inversión en el Aviso Anual de Divulgación de Cuotas del Participante. Puedes obtener una copia gratuita accediendo a tu cuenta en línea en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Observa que este Plan tiene el propósito de ser un “plan de la Sección 404(c) de la Ley ERISA”. Esto significa que asumes todos los riesgos de inversión relacionados con las opciones de inversión que seleccionas para el Plan, o en las que se invierten tus fondos si no seleccionas inversiones, incluido el aumento o la disminución del valor de mercado. Ni Walmart Stores, Inc., ni Walmart Puerto Rico, ni el Comité de Inversión de Beneficios ni el fiduciario serán responsables de pérdidas en tus cuentas como resultado de decisiones de inversión tomadas por ti o como resultado de que tus cuentas se inviertan en un fondo predeterminado si no tomas una decisión de inversión.

Si tienes una Cuenta de Participación en las ganancias Financiada por la Compañía (consulta la sección anterior de [Tus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart Puerto Rico](#) en este resumen) y optas por invertir toda o parte de esa cuenta en acciones de Walmart o por conservar acciones de Walmart en tus otras cuentas, recuerda que, dado que se trata de una inversión en un solo tipo acción, por lo general conlleva más riesgo que invertir en los fondos ofrecidos por el Plan.

CÓMO OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE INVERSIONES

También es importante revisar periódicamente tu cartera de inversiones y objetivos de inversión, así como las opciones de inversión ofrecidas por el Plan para asegurarte de que las inversiones sean compatibles con tus objetivos y tolerancia al riesgo. Si deseas ver fuentes adicionales de información acerca de las inversiones individuales y la diversificación, visita el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo federal en www.dol.gov/agencies/ebsa y busca “investing and diversification”.

Puedes obtener información específica acerca de tus derechos y opciones de inversión en el Plan en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

CÓMO CAMBIAR LAS OPCIONES DE INVERSIÓN

Puedes cambiar tus opciones de inversión en cualquier momento accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. Si haces un cambio en las inversiones, se enviará una confirmación por correo a tu dirección residencial, o una notificación por correo electrónico cuando la confirmación esté disponible si has optado por la entrega electrónica de documentos del Plan. Es responsabilidad tuya confirmar que se ha hecho el cambio. Si no recibes un aviso de confirmación o no ves aplicado el cambio, contacta al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Si llamas al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** antes de las 3:00 p.m. hora del este de EE. UU., el cambio en la inversión, por lo general, se procesará el mismo día de la llamada. Dependiendo del cambio, podría haber un periodo de liquidación de hasta tres días antes de que se inviertan los fondos en la nueva selección.

DIVERSIFICACIÓN

Para ayudarte a diversificar los ahorros para la jubilación, el Plan ofrece una variedad de opciones de inversión con distintos niveles de riesgo y posibilidades de aumento en valor. Diversificación significa “poner los huevos en más de una canasta”.

Para poder lograr una seguridad económica a largo plazo en la jubilación, debes considerar detenidamente los beneficios de una cartera equilibrada y diversificada. Esta estrategia puede ayudarte a reducir el riesgo de pérdida y ofrecer un rendimiento más constante porque el descenso en el valor de una inversión podría, potencialmente, ser compensado por el aumento en el valor de otra inversión. Si inviertes más del 20% de tus ahorros para la jubilación en acciones de una

sola compañía, como, por ejemplo, en acciones de Walmart, o en una sola industria, puede que tus ahorros no estén adecuadamente diversificados. Aunque la diversificación no puede garantizar una ganancia ni protegerte contra las pérdidas, sí puede ser una estrategia efectiva para manejar mejor el riesgo de inversión.

Al decidir cómo invertir tus ahorros para la jubilación, debes tomar en cuenta todos los activos, incluidos los ahorros para la jubilación que tienes fuera del Plan. Por ejemplo, puedes poseer acciones de Walmart a través de otro medio. No hay una sola estrategia para todo el mundo ya que, entre otros factores, las personas tienen diferentes metas financieras, diferentes expectativas de tiempo para lograr sus metas y diferente tolerancia al riesgo. Por ende, debes tener presente tu derecho a diversificar la cuenta del Plan y considerar cuidadosamente cómo debes invertirla. Puedes obtener información sobre el derecho a diversificar las cuentas y sobre todas las opciones de inversión disponibles del Plan accediendo a tu cuenta en línea en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. También es importante que revises periódicamente tu cartera de inversiones y objetivos de inversión, así como las opciones de inversión ofrecidas por el Plan para asegurarte de que las inversiones sean compatibles con tus objetivos y tolerancia al riesgo. Si deseas ver fuentes adicionales de información acerca de las inversiones individuales y la diversificación, visita el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo federal en www.dol.gov/agencies/ebsa y busca “investing and diversification”.

Más sobre la posesión de acciones de Walmart

VOTACIÓN

Si cualquier parte de tu cuenta está invertida en acciones de Walmart a través del Plan, recibirás cada año todos los materiales regularmente distribuidos a los accionistas de Walmart, incluida una tarjeta de instrucciones que indica al fiduciario cómo deseas votar respecto a las acciones en tu cuenta del Plan. Los materiales se enviarán por correo a tu residencia o electrónicamente, según la selección de entrega electrónica que hiciste.

Puedes dar instrucciones al fiduciario a través del agente de transferencias de la compañía acerca de cómo votar respecto a las acciones de Walmart en tus cuentas del Plan. Esto ocurre usualmente en mayo de cada año. En todo momento se guardará la confidencialidad de tus instrucciones al agente de transferencias y al fiduciario. Enviarás las instrucciones de votación directamente al agente de transferencias, que compilará los votos y notificará al Comité de Inversión de Beneficios sobre el total de votos emitidos. El Comité de Inversión de Beneficios entonces notificará al fiduciario del plan sobre el total de votos que debe emitir.

Si no le das instrucciones al fiduciario sobre cómo votar respecto a las acciones, el Comité de Inversión de Beneficios votará a su discreción. En el caso de que ni tú ni el Comité de Inversión de Beneficios ejerzan el derecho de votación, el fiduciario o un fiduciario independiente nombrado por el fiduciario podría votar respecto a las acciones.

CONFIDENCIALIDAD

Se han diseñado procedimientos para proteger la confidencialidad de tus derechos respecto a las acciones de Walmart mantenidas en el Plan, entre ellos el derecho a comprar, vender, mantener o votar en asuntos de voto por poder. Por ejemplo, se han implementado procedimientos para el agente de la compañía que transfiere las acciones de Walmart a fin de prevenir que Walmart, Inc., Walmart Puerto Rico y el Comité de Inversión de Beneficios averigüen cómo votó un participante o beneficiario particular (excepto en la medida que sea necesario para cumplir con las leyes de valores) o que tengan acceso a las tarjetas individuales de voto por poder o a los comentarios de los accionistas en dichas tarjetas.

Además, el acceso a información sobre las decisiones de comprar, vender o mantener acciones de Walmart por lo general se limita a las personas que colaboran 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 que se sigan dichos procedimientos. Si el Comité de Inversión de Beneficios determina que una situación tiene el potencial de permitir que Walmart Stores, Inc. tenga una influencia indebida con respecto a tus derechos como accionista (mediante las cuentas del Plan), el Comité nombrará a una entidad independiente que realice las actividades necesarias para prevenir la influencia indebida.

DIVIDENDOS SOBRE LAS ACCIONES DE WALMART

Si tienes acciones de Walmart en tus cuentas, se acreditará a dichas cuentas cualquier dividendo pagado por Walmart con relación a sus acciones. Los dividendos acreditados a la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía o la Cuenta de Reinversión 401(k) se reinvertirán automáticamente en acciones de Walmart. Los dividendos acreditados a tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía también se reinvertirán según determine el Comité de Inversión de Beneficios.

Balances y estados de cuenta

Por lo menos una vez al año recibirás un estado de tus cuentas que muestre las aportaciones efectuadas por ti y por Walmart Puerto Rico (de haberlas), el rendimiento de tus fondos de inversión, el valor de las cuentas y las cuotas aplicadas a las cuentas durante el trimestre. Puedes obtener información sobre tus cuentas fácilmente, incluido un estado trimestral, en

cualquier momento accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. También puedes solicitar una copia impresa de cualquier estado de cuenta, en cualquier momento y sin costo, llamando al Centro de Servicio al Cliente.

CUOTAS COBRADAS A LA CUENTA

Se podrían aplicar cargos administrativos y de inversión a tu cuenta. Puedes obtener información sobre los cargos en el Aviso Anual de Divulgación de Cuotas del Participante y en línea en benefits.ml.com.

Cómo recibir un desembolso mientras trabajas para Walmart Puerto Rico

Por lo general, no tienes derecho a un desembolso del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico hasta que dejes de trabajar para Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas. Sin embargo, hay situaciones limitadas en la que podrías tener derecho a recibir un desembolso de algunas o todas sus cuentas mientras aún estás trabajando:

- En el caso de penuria económica (según definida por el Departamento de Hacienda de Puerto Rico).
- Después de cumplir 59½ años.
- Las reinversiones pueden ser retiradas en cualquier momento.
- Puedes solicitar un préstamo de la cuenta del Plan.

Puedes solicitar cualquiera de estos retiros accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Es importante entender cómo cualquier tipo de desembolso del Plan 401(k) afectaría tu situación tributaria. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Consecuencias tributarias de un desembolso](#) más adelante en este resumen.

RETIROS POR PENURIA ECONÓMICA

Puedes retirar parte o el total de los fondos de tu Cuenta 401(k) (que no sean las ganancias sobre las aportaciones) y de tu Cuenta de Reinversión en el caso de sufrir una “penuria económica”.

Conforme a las guías gubernamentales, podría existir penuria económica cuando la solicitud es para fines de:

- El pago de gastos de atención médica que el seguro no te cubre o no le cubre a tu cónyuge o dependientes
- Costos relacionados directamente con la compra (no incluye pagos de hipoteca) de una residencia primaria (hogar)
- El pago de matrícula, cuotas, y alojamiento y comida para un máximo de los próximos 12 meses de educación postsecundaria para ti, tu cónyuge o tus dependientes

- Los pagos necesarios para evitar un desalojo o una ejecución de hipoteca de tu residencia primaria o
- El pago de gastos funerarios o de entierro de tu padre o madre, cónyuge, hijo o dependiente.

Es necesario que ya hayas obtenido todos los desembolsos disponibles a los 59½ años, incluidos los de préstamos, antes de poder solicitar un desembolso por penuria.

Además, las leyes tributarias de Puerto Rico no te permiten aportar a este Plan ni a ciertos planes de jubilación o de compra de acciones (incluido el plan de compra de acciones para asociados) en los 12 meses posteriores a la fecha de un desembolso por penuria económica. Si eres un asociado gerencial con opciones de acciones, no podrás ejercer las opciones durante dicho período de 12 meses. Además, no podrás efectuar aportaciones a la Cuenta 401(k) durante el año calendario inmediatamente después del año del desembolso por penuria económica que excedan el límite aplicable de aportaciones anuales conforme al Código de Rentas Internas de Puerto Rico (\$15,000 en 2025), menos la cantidad de tus aportaciones para el año en que se efectuó el desembolso por penuria económica.

El desembolso por penuria económica estará sujeto a impuestos inmediatamente. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Consecuencias tributarias de un desembolso](#) más adelante en este resumen.

Puedes solicitar un desembolso por penuria económica accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

RETIROS DESPUÉS DE CUMPLIR 59½ AÑOS

En cualquier momento después de cumplir los 59½ años puedes optar por retirar todas o cualquier parte de tus cuentas con derechos adquiridos, incluso si aún estás trabajando para Walmart Puerto Rico. Puedes solicitar un retiro accediendo a benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

RETIROS DE APORTACIONES DE REINVERSIÓN

Puedes retirar todos o cualquier parte de los fondos de la Cuenta de Reinversión o la Cuenta de Reinversión de Participación en las Ganancias en cualquier momento, incluso si aún estás trabajando para Walmart Puerto Rico o sus afiliadas. (Observa que antes del 1 de febrero de 1998, el Plan aceptaba reinversiones a una cuenta de participación en las ganancias, pero esta opción ya no está disponible).

PRÉSTAMOS DEL PLAN

Puedes solicitar un préstamo de la parte de tu cuenta del Plan con derechos adquiridos mientras aún estás trabajando para Walmart Puerto Rico. El Administrador del Plan ha

establecido un programa de préstamos por escrito que explica los requisitos en detalle. Puedes solicitar una copia del programa de préstamos o solicitar un préstamo en línea en benefits.ml.com o llamando al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

Por lo general, las reglas de préstamos incluyen lo siguiente:

- La cantidad máxima del préstamo se determina según las reglas del Plan, que por lo general limitan el total de tus balances de préstamos a lo que sea menor entre: (1) el 50% del total de la cuenta con derechos adquiridos o (2) \$50,000 (reducido por el exceso, de haberlo, del mayor balance pendiente de tu préstamo durante el periodo de un año previo a la fecha del préstamo sobre el balance de préstamos actual). La cantidad mínima del préstamo será de \$1,000.
- Todos los préstamos deben estar garantizados por un colateral de hasta la mitad de la cuenta del Plan con derechos adquiridos.
- Se cobrará un cargo por procesar la solicitud de préstamo. Es posible que se cobren cargos adicionales en el caso de préstamos residenciales. (Esta cantidad podría aumentar ocasionalmente.)
- Todos los préstamos tienen una tasa de interés comercialmente razonable fijada ocasionalmente por el Administrador.
- Los préstamos deben ser pagados en plazos regulares durante un periodo de 1 a 5 años, a menos que estés usando el dinero para comprar una casa propia, en cuyo caso el periodo de pago podría ser más largo según dispuesto ocasionalmente en el programa de préstamos por escrito.
- Solo puedes tener un préstamo para propósitos generales y un préstamo residencial pendiente en cualquier momento dado.
- Todos los préstamos se consideran una inversión dirigida de la cuenta del Plan. Los pagos de principal e intereses del préstamo se acreditan a tus cuentas del Plan.
- Si no cumples con los pagos del préstamo según vencen, se considerará que estás en mora. Bajo ciertas circunstancias, un préstamo en mora podría considerarse una distribución del Plan. La importancia de que el balance del préstamo se considere una distribución, es que la cantidad de dicha distribución es tributable como ordinaria y sujeta a la tasa de retención de 10%.

Cuando te encuentres en una licencia autorizada sin paga, es posible que te excusen de efectuar los pagos programados del préstamo por un periodo de hasta 1 año. Si tienes un préstamo pendiente cuando te movilizan para un servicio militar calificado, podrían aplicar reglas especiales conforme a la Ley USERRA. Llama al el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** para más detalles.

Si mueres: tu beneficiario designado

En el caso de tu muerte, se pagará el balance total del Plan a tu beneficiario. Es muy importante mantener al día la información del beneficiario. Las opciones de beneficiario deberán hacerse en línea en One.Walmart.com. Dado que tu cónyuge o pareja de hecho tiene ciertos derechos en cuanto al beneficio por muerte, debes actualizar tu selección de beneficiario inmediatamente si ocurre un cambio de estatus en la relación.

Si estás casado(a) y deseas nombrar a una persona que no sea tu cónyuge como beneficiario designado, es necesario que tu cónyuge acepte dicha designación. Tendrás que llenar el Formulario B de Beneficiario Alterno para Participantes Casados y tu cónyuge deberá llenar el Formulario de Consentimiento del Cónyuge. Para que sea válido el Formulario B, el Consentimiento del Cónyuge debe ser firmado ante un notario y acompañar a dicho formulario.

Puedes obtener el Formulario B y el de Consentimiento del Cónyuge en One.Walmart.com, o hablar con el representante de Recursos Humanos de tu unidad. Cualquier designación de beneficiario que hagas será efectiva para todas las cuentas del Plan.

Si no designas a un beneficiario, el beneficio por muerte se distribuirá conforme a las disposiciones del Plan en el orden que sigue:

- Cónyuge o pareja (según se define más adelante); de no haberlo, entonces
- Hijos sobrevivientes (no incluye hijastros); de no haberlos, entonces
- Padres sobrevivientes; de no haberlos, entonces
- Hermanos sobrevivientes; de no haberlos, entonces
- Tu herencia, que se distribuirá según los términos de tu testamento o según determine el tribunal.

Observa que, si designas a tu cónyuge como beneficiario y luego te divorcias, la designación no será efectiva después del divorcio a menos que llenes otro formulario de designación. De igual forma, si estás soltero(a) y después te casas, la designación de beneficiario previa no será efectiva después del matrimonio, a menos que llenes un nuevo formulario de designación con el consentimiento de tu cónyuge.

Además, ten presente que si designas a un beneficiario y la persona muere antes de emitirse el cheque del beneficio, este se pagará a tu beneficiario contingente o, de no haberlo, conforme a las reglas de orden de sucesión antes mencionadas. Si tu beneficiario muere después de emitirse el cheque del beneficio, el beneficio se pagará a la herencia del beneficiario. No obstante, si tu cónyuge o pareja es el beneficiario, el beneficio siempre se pagará a la herencia del cónyuge o pareja si él o ella muere después de ti, pero antes de pagarse

el beneficio. Recuerda, es muy importante mantener al día la información del beneficiario. Las designaciones de beneficiario se deben hacer en línea en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Un cónyuge del mismo sexo recibirá el mismo tratamiento que un cónyuge del sexo opuesto para efectos del Plan. Ten presente que, si tenías un cónyuge del mismo sexo al 23 de junio de 2013, cualquier designación de beneficiario que tenías en vigor y que designara a una persona que no era tu cónyuge como beneficiario, se invalidó de inmediato en esa fecha. Tu cónyuge se convertirá en beneficiario automáticamente, a menos que hagas una nueva designación con el consentimiento de tu cónyuge.

Si tienes una "pareja" y no has efectuado una designación de beneficiario afirmativa, tu pareja será el beneficiario a menos que hayas designado a otro beneficiario afirmativamente (independientemente de si la designación ocurrió antes o después del comienzo de la unión de hecho). Para efectos del plan, "pareja" significa:

- Tu pareja de hecho, siempre y cuando la persona y tú:
 - Estén en una relación continua, exclusiva y comprometida similar a la de un matrimonio durante un mínimo de 12 meses y tengan la intención de seguirla indefinidamente
 - No estén casados entre sí ni con ninguna otra persona
 - Cumplan con la edad mínima para el matrimonio en el estado en que residen y cuenten con la competencia mental para participar en un contrato en dicho estado
 - No estén emparentados de manera que prohibiría un matrimonio legal en el estado en que residen y
 - No estén en la relación únicamente para fines de recibir los beneficios o
- Cualquier otra persona con la cual el asociado esté unido en una relación legal reconocida, que produzca crear algunos o todos los derechos del matrimonio en el estado o país en el cual fue creada la relación.

DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS EFECTUADAS ANTES DEL 31 DE OCTUBRE DE 2003

Si designaste a un beneficiario para el Plan 401(k) en o antes del 31 de octubre de 2003, dicha designación seguirá vigente para la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía y la Cuenta de Reinversión 401(k). De igual forma, si designaste a un beneficiario para el Plan de Participación en las Ganancias antes del 31 de octubre de 2003, dicha designación seguirá vigente para tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía. Si cambiaste tu designación de beneficiario después del 31 de octubre de 2003, esto aplicará a todas las cuentas del Plan y toda designación anterior será invalidada.

Ten presente que los cambios en el estatus de la relación podrían afectar tu designación de beneficiario, según explicado anteriormente.

De nuevo, es muy importante mantener al día la información del beneficiario. Para efectuar una designación de beneficiario, es necesario que completes una sesión de inscripción de beneficiarios en [One.Walmart.com](https://www.walmart.com).

Si te divorcias

Si te divorcias, todo o parte del balance del Plan puede ser otorgado a un "beneficiario alterno" en una orden judicial llamada Orden Calificada de Relaciones Domésticas (QDRO, por sus siglas en inglés). El beneficiario alterno puede ser tu cónyuge o excónyuge, hijo(a) u otro dependiente. (En la actualidad, la ley federal no permite reconocer una QDRO para una pareja de hecho a menos que dicha pareja sea también un dependiente del participante.) Debido a que hay requisitos muy estrictos en esos casos, debes comunicarte con el Administrador de QDRO al **877-MER-QDRO (877-637-7376)** para obtener una copia gratuita de los procedimientos que tu abogado debe usar al redactar la orden judicial. Al recibo de la orden judicial por el Administrador de QDRO, ésta se revisará para determinar si cumple con los requisitos legales para este tipo de orden y tu tramitación tomará un tiempo. El cargo administrativo para procesar la QDRO se cobrará a tu cuenta del Plan o según se indique en la orden.

Si te vas de Walmart Puerto Rico

Cuando dejes de trabajar para Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas, tienes derecho a un desembolso de todas las cuentas del Plan con derechos adquiridos.

Es importante entender cómo cualquier tipo de desembolso del Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico afecta tu situación tributaria. Para obtener información adicional, consulta la sección de [Consecuencias tributarias de un desembolso](#) más adelante en este resumen.

Puedes optar por recibir el desembolso 30 días calendarios después de que se registre la terminación de empleo en el sistema de nómina de Walmart Puerto Rico. Por ejemplo, si la terminación se registra y se tramita en el sistema de nómina el 20 de julio de 2025, puedes optar por recibir el desembolso en o después del 19 de agosto de 2025.

Normalmente, después de irte de Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas, recibirás un aviso por correo a tu dirección residencial o electrónicamente, según tus elecciones de envío electrónico, para informarte de tu derecho a un desembolso. Recuerda verificar que la dirección esté correcta en el cheque de nómina cuando te vas de Walmart Puerto Rico

o una compañía relacionada, o dar una dirección para remitir la correspondencia en tu entrevista de salida. Si no has recibido información acerca del desembolso en el término de 60 días después de la fecha de terminación, debes comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**. Para obtener un desembolso tendrás que acceder a tu cuenta en benefits.ml.com o llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

No se requiere tu consentimiento para el desembolso y el mismo se hará automáticamente:

- **Si el total de tu balance del Plan con derechos adquiridos es de \$1,000 o menos en cualquier momento.** Este desembolso automático se hará en cuanto sea posible, después del último día laborable del tercer mes calendario posterior al mes calendario en el que se registra tu fecha de terminación en el sistema de nómina de Walmart Puerto Rico, a menos que consientas a un desembolso adelantado. En el ejemplo anterior, si tu cuenta es elegible para un desembolso automático y no has dado tu consentimiento al 19 de agosto de 2025, el desembolso se efectuará automáticamente en cuanto sea posible después del 31 de octubre de 2025 o
- **Si tienes más de 72½ años, independientemente del balance total del Plan con derechos adquiridos.** Este desembolso automático se hará en cuanto sea posible después del último día laborable del segundo mes calendario posterior al mes calendario en el que cumples 72½ años, a menos que des tu consentimiento para recibir un desembolso adelantado según se describe en la página anterior. Si cumples 72½ años en julio de 2024 y tu cuenta es elegible para un desembolso automático, y no has dado tu consentimiento para el desembolso, este se efectuaría automáticamente en la primera fecha de desembolso programada después del 30 de septiembre de 2024, según las disposiciones del Plan.

Si el total del balance del Plan con derechos adquiridos es de más de \$1,000 y tienes menos de 72½ años, tendrás que dar tu consentimiento para el desembolso. El desembolso se hará en cuanto sea posible después del recibo del consentimiento en el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**, pero no antes de 30 días calendarios después de registrarse la terminación de empleo en el sistema de nómina de Walmart Puerto Rico.

Si el total del balance del Plan con derechos adquiridos es de más de \$1,000, puedes optar por posponer el desembolso para cualquier fecha hasta cumplir los 72½ años, pero el balance del Plan estará sujeto a una cuota anual de mantenimiento y posiblemente otros gastos. Para obtener más información sobre estos cargos, consulta el Aviso Anual de Divulgación de Cuotas del Participante. Si decides posponer el desembolso, podrás continuar haciendo cambios en tus opciones de inversión de la misma forma que lo hacías cuando eras participante activo del Plan.

Si regresas a trabajar con Walmart Puerto Rico antes de completarse el desembolso, el mismo se cancelará y no se efectuará un desembolso de tu cuenta.

LA CANTIDAD DEL DESEMBOLSO

Se te pagará el valor total de la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía, la Cuenta de Reinversión 401(k) y la Cuenta de Aportaciones Paralelas de la Compañía. Además, si tienes una Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía (consulta la sección anterior de [Tus cuentas del Plan 401\(k\) de Walmart Puerto Rico](#) en este resumen) también se te pagará el valor de la parte de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía que tenga derechos adquiridos. Perderás la parte sin derechos adquiridos de tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía, según se ha explicado en la sección anterior de [Derechos adquiridos en la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía](#) de este resumen.

La cantidad que recibes se basará en el valor de tus cuentas a la fecha de tramitar el desembolso. Si se te hace un desembolso directo en lugar de reinvertirlo en una cuenta IRA de Puerto Rico o en el plan de otro patrono calificado conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico, se retendrán los impuestos aplicables del cheque.

Se aplicará un cargo por tramitación del cheque al balance del Plan al momento del desembolso.

CÓMO RECIBES EL DESEMBOLSO

Tienes varias opciones para recibir el desembolso.

Tus cuentas se distribuirán directamente en un solo pago global, a menos que optes por reinvertirlas en una cuenta IRA de Puerto Rico o en el plan de jubilación de otro patrono calificado bajo la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico.

Normalmente te pagarán las cuentas en efectivo. Sin embargo, puedes optar por que distribuyan la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía en forma de acciones de Walmart (incluso si no está invertida en acciones de Walmart al momento del trámite de desembolso), o una parte en efectivo y la otra en acciones de Walmart. También puedes optar por que te paguen la Cuenta 401(k), la Cuenta 401(k) Financiada por la Compañía y la Cuenta de Reinversión 401(k) en acciones de Walmart en la medida que dichas cuentas estén invertidas en acciones de Walmart al momento del trámite del desembolso. Cualquier parte de dichas cuentas que no esté invertida en acciones de Walmart al momento del desembolso será distribuida en efectivo.

Si el total de tus cuentas con derechos adquiridos es de \$1,000 o menos, o si tienes más de 72½ años (independientemente de la cantidad de tus cuentas con derechos adquiridos), se te hará el desembolso directamente en un solo pago en efectivo. Sin embargo, si deseas que parte del desembolso sea en acciones de Walmart (según se describe en el párrafo anterior) o si deseas reinvertir el desembolso en una cuenta IRA de Puerto Rico o en el plan de otro patrono calificado en Puerto Rico, deberás contactar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015** y dar tus instrucciones para el desembolso en el período de tiempo que aparece en el aviso de desembolso. Si no te comunicas a tiempo con el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**, te harán el desembolso en un solo pago global.

Si el total de las cuentas con derechos adquiridos en el Plan es de más de \$1,000, no se efectuará el desembolso hasta que elijas la forma de hacerlo y des tu consentimiento para la distribución, o hasta que cumplas los 72½ años. Para obtener un desembolso debes comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

NOTA: Si la cuenta con derechos adquiridos no se puede desembolsar porque no te pueden encontrar, el Administrador hará un intento diligente por localizarte. Si no apareces, la cuenta con derechos adquiridos será confiscada. Si más adelante te encuentran, la cuenta será reintegrada, pero no recibirás ganancias del periodo posterior a la confiscación. (Esto también aplica si mueres y no pueden localizar a tu dependiente.) Por lo tanto, es importante que actualices tu información de contacto si hay un cambio.

Si te vas y luego Walmart Puerto Rico te contrata

Si te vas de Walmart Puerto Rico o sus compañías relacionadas después de comenzar a ser elegible para participar en el Plan (ya sea como participante en pleno o limitadamente) y posteriormente Walmart Puerto Rico te contrata, serás elegible automáticamente para participar en el Plan (para todos los fines, no solo para efectos de efectuar tus propias aportaciones al plan, según corresponda) a partir de tu fecha de contratación. De igual forma, si te vas de Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas después de haber cumplido con el requisito de 1,000 horas, pero antes de tu fecha real de participación, tu participación comenzará en la fecha que ocurra más tarde entre la fecha en que inicialmente comenzaba tu participación y la fecha de tu contratación. Si no eras un participante cuando te fuiste de Walmart o si no habías cumplido con los requisitos de elegibilidad, serás tratado como asociado nuevo cuando te contraten y tendrás que cumplir con los requisitos de elegibilidad (consulta la sección anterior de [Cuándo comienza la participación](#) en este resumen) a fin de participar en el Plan.

LA PARTE SIN DERECHOS ADQUIRIDOS DE LA CUENTA DE PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS FINANCIADA POR LA COMPAÑÍA

Cuando des por terminado tu empleo, no se te pagará la parte sin derechos adquiridos (de haberla) de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía. Esta cantidad sin derechos adquiridos se denomina “confiscación”.

- Si recibes un desembolso total del balance con derechos adquiridos del Plan después de la terminación de empleo y mientras has adquirido derechos parciales de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía, se confiscará la parte sin derechos adquiridos de dicha cuenta en la fecha del desembolso.
- Si no recibes un desembolso total del balance del Plan con derechos adquiridos después de la terminación de empleo, no se confiscará la parte sin derechos adquiridos de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía hasta que incurras en cinco “interrupciones en el servicio” consecutivas. Una interrupción en el servicio es un año del Plan (1 de febrero al 31 de enero) durante el cual se te acreditan 500 horas o menos de servicio. Si estuviste ausente del trabajo debido a una Licencia Médico Familiar (FMLA) y has trabajado 500 horas o menos en el año del plan, te acreditarán suficientes horas para que llegues a las 500.01 a fin de que no incurras en una interrupción en el servicio.

La parte sin derechos adquiridos de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía que no recibiste será reintegrada (a su valor anterior) si Walmart Puerto Rico o una compañía relacionada te contrata antes de incurrir en cinco interrupciones consecutivas en el servicio y reembolsas al Plan la cantidad total del desembolso en el término de cinco años después de ser contratado. Si regresas a trabajar con Walmart Puerto Rico o con una compañía relacionada después de cinco o más interrupciones consecutivas en el servicio, o si optas por no reembolsar el desembolso según explicado anteriormente, no se reintegrará la parte sin derechos adquiridos que perdiste de tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía.

Si tenías cero derechos adquiridos en la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía cuando diste por terminado tu empleo, se te reintegrará dicha cuenta automáticamente si te contratan antes de cinco interrupciones consecutivas en el servicio.

Las confiscaciones de las partes sin derechos adquiridos de la Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía por lo general se utilizan para pagar los gastos del Plan y para ciertos otros fines, como, por ejemplo, recuperar los balances de las cuentas según explicado anteriormente. Cualquier remanente de las confiscaciones se usará para reducir la aportación paralela de Walmart Puerto Rico.

Cuando te recontracten, se contarán tus años de servicio antes de irte de Walmart Puerto Rico para fines de determinar los derechos adquiridos en las aportaciones de Walmart Puerto Rico a tu Cuenta de Participación en las Ganancias Financiada por la Compañía.

Consecuencias tributarias de un desembolso

Las consecuencias contributivas de la participación en el Plan 501(k) de Walmart Puerto Rico (el "Plan") son responsabilidad tuya. La siguiente es solo una explicación breve de las consecuencias contributivas en Puerto Rico relacionadas con tu participación en el Plan. Esta descripción se basa en las leyes vigentes y las interpretaciones actuales de las leyes por parte del Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Ya que la ley está sujeta a cambios, y debido a que la aplicación de la ley puede variar según tus circunstancias particulares, esta descripción es de naturaleza general y no debes depender totalmente de ella al determinar las consecuencias contributivas. Se exhorta a los asociados a consultar con un asesor en impuestos respecto a su situación particular.

Walmart Puerto Rico tiene derecho a una deducción por la cantidad de sus aportaciones al Plan, así como de las aportaciones que hacen los asociados al Plan. Tus aportaciones y las aportaciones de Walmart Puerto Rico al Plan, así como las ganancias sobre dichas aportaciones, por lo general no están sujetas a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico hasta que se te paguen.

REGLAS CONTRIBUTIVAS GENERALES

Tus aportaciones y las aportaciones de Walmart Puerto Rico al Plan no están sujetas a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico.

En general, los desembolsos efectuados cuando un asociado todavía trabaja para Walmart Puerto Rico y sus compañías relacionadas, estarán sujetos a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico como ingresos ordinarios.

El Código de Rentas Internas de Puerto Rico dispone un régimen contributivo favorable en cuanto a los desembolsos en ciertas circunstancias. Específicamente, si recibes una distribución total de tu cuenta en el transcurso de un año contributivo en particular debido a una separación del empleo (una distribución en "un pago global"), la parte sujeta a contribuciones de la distribución estará sujeta a contribuciones sobre ingresos a las tasas contributivas regulares del Código de Rentas Internas de Puerto Rico. Sin embargo, si te retienen una tasa de 20% en contribuciones sobre ingresos del pago al momento de la distribución, se aplicará una tasa contributiva preferencial de Puerto Rico de 20%.

Las cantidades retiradas debido a penuria económica y los retiros mientras estás trabajando estarán sujetas a una retención contributiva obligatoria de 10% en Puerto Rico.

De igual forma, la parte tributable de dichas distribuciones pagará impuestos como ingresos ordinarios y estará sujeta a las mismas tasas de contribuciones sobre ingresos.

Además, si no eres residente de Puerto Rico al momento de recibir el desembolso, hay consecuencias especiales para personas que no son residentes. Debes consultar con un asesor de impuestos para obtener más información.

POSPONER EL PAGO DE CONTRIBUCIONES SOBRE LOS DESEMBOLSOS POR MEDIO DE UNA REINVERSIÓN

Puedes posponer el pago de contribuciones sobre el desembolso si instruyes al Plan que emita un cheque por el balance total del Plan directamente a una cuenta IRA de Puerto Rico o al plan de jubilación de otro patrono calificado conforme a la Sección 1081.01(a) del Código de Rentas Internas de Puerto Rico. Esto se conoce como reinversión directa. En el caso de una reinversión directa, el cheque se hará pagadero a la IRA de Puerto Rico u otro fiduciario del plan. Si manejas el desembolso de esta forma, no te retendrán contribuciones de Puerto Rico sobre la cantidad que reinviertes y dicha cantidad no estará sujeta a impuestos hasta que recibas un desembolso posterior de la IRA o del otro plan de Puerto Rico. Ten presente que, si optas por reinvertir solo una parte de la distribución en pago global, la parte tributable de la distribución que no optaste por reinvertir en otro plan de jubilación calificado en Puerto Rico o una IRA de Puerto Rico estará sujeta a una retención contributiva de 20%.

Si no optas por una reinversión directa (y en su lugar recibes un desembolso directo del plan), aún puedes reinvertir esos fondos en una IRA de Puerto Rico u otro plan de jubilación calificado de Puerto Rico, siempre que lo hagas en los 60 días calendarios después de recibir la distribución. Esto se conoce como reinversión directa. En ese caso, te enviarán el cheque y serás responsable de entregarlo a la cuenta IRA de Puerto Rico u otro fiduciario del plan en el término de 60 días. Además, dado que el desembolso recibido estaba sujeto a una retención contributiva de Puerto Rico de 20%, a fin de efectuar una reinversión indirecta de la cantidad total de la distribución recibida en un pago global (incluido el 20% retenido por contribuciones de Puerto Rico), es necesario que reembolse de otros fondos (por ej., cuentas de ahorros o certificados de depósito) la cantidad del 20% de contribuciones retenidas al momento de la distribución. Puedes reclamar en tu planilla contributiva de Puerto Rico un crédito en tus contribuciones sobre ingresos para el año en que se retuvo la cantidad al momento de la distribución.

Para más información acerca de estas reglas de reinversión, consulta el apéndice de [Apéndice: Aviso sobre situaciones tributarias especiales de Puerto Rico](#) al final de este resumen. Debes guardar dicho apéndice para consultarlo cuando seas elegible para recibir una distribución.

CONTRIBUCIONES SOBRE DESEMBOLSOS DE ACCIONES DE WALMART

También hay reglas especiales para las distribuciones en acciones comunes de Walmart. Puedes diferir los impuestos de una distribución en acciones de Walmart hasta que se vendan dichas acciones. Esto significa que no tendrás que pagar impuestos sobre el valor de las acciones en el momento que se distribuyen. La venta subsiguiente de acciones comunes de Walmart redundará en una ganancia capital sobre la cantidad total recibida de la venta, que estará sujeta a las tasas contributivas ordinarias si se venden en el término de un año después de la distribución, o a las tasas de ganancia capital a largo plazo (actualmente 15%) si se venden a más de seis meses de la distribución. Debes recordar, además, que las cuentas IRA de Puerto Rico y demás planes calificados, por lo general, no aceptan reinversiones de acciones de Walmart. Debes consultar con tu asesor en impuestos antes de optar por una distribución en acciones de Walmart.

CONTRIBUCIONES SOBRE DISTRIBUCIONES EN UN PAGO GLOBAL

Las distribuciones del plan de una forma que no sea una distribución de pago global producto de la separación del empleo o la terminación del Plan por lo general son tributables como ingresos ordinarios. Si recibes un pago parcial, el pago será sujeto a una retención de 10%. Si recibes la distribución en forma de pagos a plazos (pagos periódicos substancialmente iguales por un periodo fijo igual a cinco años o más), los primeros \$11,000 (\$15,000 si tienes 60 años o más) que recibas no estarán sujetos a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Las distribuciones en forma de pagos a plazos estarán sujetas a retención en la fuente una vez alcancen los \$31,000 (\$35,000 si tienes 60 años o más).

CONTRIBUCIONES SOBRE LOS DESEMBOLSOS A BENEFICIARIOS Y BENEFICIARIOS ALTERNOS

El régimen tributario antes descrito aplica también a los desembolsos hechos a cónyuges que sobreviven a participantes fallecidos, así como a los desembolsos a cónyuges y excónyuges que son “beneficiarios alternos” conforme a las Órdenes Calificadas de Relaciones Domésticas (QDRO).

CONTRIBUCIONES SOBRE LOS PRÉSTAMOS

Según las leyes tributarias actuales, los préstamos otorgados del Plan, independientemente de su propósito, no se consideran ingresos tributables para el participante excepto en casos de mora. Si estás en mora con un préstamo del Plan (según se mencionó anteriormente), la planilla de contribuciones sobre ingresos mostrará la cantidad de ingresos que debes reportar para el año de la morosidad. La cantidad tributable está sujeta a una tasa de retención del 10%. Sin embargo, la retención se hace solo de los activos líquidos, de haberlos, que te pagan durante el mismo año

de la distribución gravable. No se aplican retenciones a las distribuciones gravables como resultado de préstamos morosos cuando no te pagan activos líquidos durante el año de la distribución gravable. Sin embargo, la distribución gravable o el préstamo moroso será declarado como ingreso ordinario al Departamento de Hacienda de Puerto Rico.

Si al momento de la terminación de empleo tienes un balance pendiente de un préstamo que no se paga en su totalidad al momento de la distribución, cualquier préstamo pendiente vencerá de inmediato y será pagadero, y por lo tanto considerado una distribución tributable. Por consiguiente, al momento de la distribución de tu cuenta del Plan, cualquier balance pendiente del préstamo podría tratarse como una distribución en un pago global sujeta a la tasa tributaria de 20%.

Cómo presentar una reclamación al Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico

Si piensas que tienes derecho a un beneficio mayor que el que ha tramitado la compañía contable del Plan (Bank of America), puedes presentar una reclamación por escrito al Administrador o a su delegado a:

Walmart Inc.
Attn: 401(k) Plan Administrator
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

Si tienes preguntas acerca de cómo presentar una reclamación, contacta a People Services al **800-421-1362**.

Si tu reclamación es denegada en parte o en su totalidad, recibirás notificación escrita de la decisión en el tiempo razonable, pero no más de 90 días después de que el Administrador reciba la reclamación. El Administrador o su delegado pueden extender este período hasta 90 días adicionales si determina que las circunstancias especiales requieren una prórroga. Recibirás notificación de cualquier prórroga antes del final del período original de 90 días. La notificación escrita indicará las razones específicas por las cuales se deniega la reclamación y una referencia específica a las disposiciones del Plan sobre las cuales se basa la denegación, así como una descripción de los procedimientos de revisión y los límites de tiempo aplicables a dichos procedimientos, incluido el derecho a presentar una demanda ante el tribunal después de denegada una apelación.

Si no estás de acuerdo con la decisión del Administrador o su delegado, puedes solicitar una revisión. El Administrador posee la autoridad discrecional de resolver todas las dudas relacionadas con la administración, interpretación o aplicación del Plan. Es necesario que presentes la solicitud por escrito y la envíes al Administrador a:

Walmart Inc.
Attn: Benefits Compliance
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

La solicitud deberá hacerse en el término de 60 días después de la denegación. La solicitud escrita deberá incluir toda la información adicional que deseas que el Administrador tome en consideración. Si no solicitas una revisión en ese período de tiempo, se considerará que has renunciado al derecho de revisión.

El Administrador realizará la revisión con prontitud. Recibirás una notificación escrita de la decisión del Administrador no más de 60 días calendarios después del recibo de tu solicitud, a menos que las circunstancias especiales requieran una prórroga de hasta 60 días adicionales. En los casos en que la revisión se aplaze para que puedas proveer la información adicional necesaria para una revisión adecuada, no se incluirá el tiempo aplazado en el cálculo del límite de 60 días y los períodos de prórroga antes mencionados. La notificación escrita de la decisión del Comité incluirá las razones específicas de la decisión y referencias a las disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la decisión.

Deberás agotar estos procedimientos antes de poder radicar una demanda con respecto a los beneficios del Plan. Si presentas una demanda, debes radicarla en el término de un año a partir de la fecha del desembolso o, si no hubo desembolso, la fecha en la que el Administrador deniegue tu solicitud de beneficios en apelación, en su totalidad o en parte, (o, si ocurre primero, la fecha en que el Administrador no ha respondido a la reclamación o apelación).

Información administrativa

NOMBRE DEL PLAN

El nombre legal del plan es el Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico.

PATROCINADOR DEL PLAN Y ADMINISTRADOR DEL PLAN BAJO ERISA

Walmart, Inc. es el patrocinador del plan. La información de contacto para asuntos relacionados con el Plan es:

Walmart Inc.
Attn: 401(k) Plan Administrator
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295
800-421-1362

Como Administrador del Plan bajo la Ley ERISA, Walmart, Inc. es responsable de informar y divulgar sus obligaciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de 1974 (Ley ERISA) y todas las demás obligaciones de los administradores de planes conforme al Código de Rentas Internas de Puerto Rico y la Ley ERISA, excepto aquellas obligaciones que se delegan al Comité de Planes de Jubilación o al fiduciario del Fideicomiso. La Ley ERISA es la ley federal que impone ciertas

responsabilidades a Walmart Inc., Walmart Puerto Rico, el Administrador, el Comité de Inversión de Beneficios y al fiduciario respecto a los beneficios de jubilación.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL DEL PATROCINADOR DEL PLAN

71-0415188

FIDUCIARIO ADMINISTRATIVO DESIGNADO

El Administrador es la persona que ocasionalmente tiene el puesto de Vicepresidente Sénior de Global Total Rewards de Walmart. El Administrador es el fiduciario administrativo designado del Plan. Como fiduciario designado del Plan, el Administrador es, en general, responsable del manejo, la interpretación y la administración del Plan, lo que incluye, pero no se limita a: determinaciones de elegibilidad, pagos de beneficios y otras funciones requeridas, necesarias o recomendadas para llevar a cabo el propósito del Plan.

Puedes comunicarte con el Administrador a la siguiente dirección:

Senior Vice President, Global Total Rewards/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. Como fiduciario de inversiones designado, el Comité es responsable de las políticas de inversión del Plan, incluida la selección de opciones de inversión que ofrecerá el Plan y la selección de la opción de inversión predeterminada.

Puedes comunicarte con el Comité de Inversión de Beneficios a la siguiente dirección:

Benefits Investment Committee
Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

FIDUCIARIO DEL PLAN

Banco Popular de Puerto Rico
P.O. Box 362708
San Juan, Puerto Rico 00917

Todos los activos del Plan, como las aportaciones de participantes y de Walmart Puerto Rico, se mantienen en uno o más fideicomisos. Como fiduciario del Fideicomiso, Banco Popular recibe y mantiene en fideicomiso las aportaciones hechas al Plan e invierte dichas aportaciones conforme a las políticas establecidas por el Plan.

AGENTE PARA DILIGENCIAR EMPLAZAMIENTOS

Corporation Trust Company
1209 Orange Street
Corporation Trust Center
Wilmington, Delaware 19801

Al Administrador del Plan bajo ERISA y al fiduciario también se les puede emplazar.

NÚMERO DEL PLAN

004

AÑO DEL PLAN

1ro de febrero a 31 de enero

TIPO DE PLAN

El Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico es un plan definido de aportaciones (plan 1081.01(d) y de participación en las ganancias).

ASIGNACIÓN

Ya que este es un plan de jubilación regido por la Ley ERISA y otras leyes federales y de Puerto Rico, tus cuentas no pueden ser cedidas ni utilizadas como colateral para un préstamo, ni pueden ser embargadas ni sujetas a procedimientos de quiebra. Sin embargo, sí pueden ser parte de un acuerdo de divorcio, según se explica en la sección anterior de [Si te divorcias](#) en este resumen.

SIN COBERTURA DE LA PBGC

La Ley ERISA creó una agencia gubernamental llamada Corporación de Garantía de Beneficios de Pensión (PBGC, por sus siglas en inglés). Uno de los propósitos de la PBGC es proveer un seguro para los beneficios provistos por los planes. Sin embargo, este seguro solo está disponible para los planes de beneficios definidos de pensión y nuestro plan es un plan de aportaciones definidas. Por lo tanto, los beneficios bajo el Plan no están asegurados por la PBGC.

ENMIENDAS O TERMINACIÓN DEL PLAN

Walmart se reserva el derecho de enmendar o dar por terminado el Plan en cualquier momento. Las enmiendas están a cargo de la Junta de Directores de Walmart o su Vicepresidente Ejecutivo y Director de Recursos Humanos. No se puede enmendar verbalmente el Plan ni los beneficios descritos en este resumen. Ninguna declaración o representación verbal tendrá vigencia ni efecto, incluso cuando dichas declaraciones o representaciones sean hechas por un asociado gerencial de Walmart o una compañía relacionada, por un miembro del Comité de Planes de Jubilación o por Banco Popular.

Para obtener una copia del documento formal del Plan, puedes escribir a:

Walmart Inc.
Attn: Benefits Compliance
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

También puedes llamar al Centro de Servicio al Cliente al **888-968-4015**.

DESEMBOLSOS ERRÓNEOS

En el caso de que se haga un desembolso del Plan a una parte equivocada, o se efectúe un desembolso a la parte correcta, pero por la cantidad equivocada, el Administrador puede recuperar el desembolso erróneo, ya sea con una deducción de la(s) cuenta(s) del Plan del receptor o de los pagos futuros pagaderos al receptor, o puede exigir que este le reembolse al Plan con prontitud.

DECLARACIÓN DE DERECHOS AL AMPARO DE LA LEY ERISA

Como participante del Plan, tienes ciertos derechos y protecciones al amparo de la Ley ERISA. La Ley ERISA dispone que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

- Examinar, sin costo, en las oficinas del administrador del Plan y en otros lugares especificados, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos y una copia del último informe anual (serie de Formularios 5500) presentados por el Plan al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y disponibles en el Salón de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration).
- Obtener, al solicitarlo por escrito al Administrador del Plan bajo ERISA, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos, copias del último informe anual (serie de Formularios 5500) y una copia actualizada de la Descripción Resumida del Plan. El Administrador del Plan bajo ERISA podría cobrar un cargo razonable por las copias. Debes enviar la solicitud a:
 - **Walmart Inc. — ERISA Section 104(b) Request**
Attn: Benefits Compliance
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan bajo ERISA está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia del informe financiero resumido.
- Obtener una declaración que indique el balance actual de tu cuenta y la parte de esta que no conlleva pérdida (que tiene derechos adquiridos). Esta declaración deberá solicitarse por escrito y no es requisito proveerla más de una vez cada 12 meses. El Plan deberá proveer la declaración sin costo.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la Ley ERISA impone deberes a las personas responsables de las operaciones del Plan. Las personas que manejan el Plan, llamadas “fiduciarios”, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en interés tuyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni tu patrono ni ninguna otra persona, puede despedirte o de alguna forma discriminar en tu contra para evitar que obtengas un beneficio de pensión o que ejerzas tus derechos al amparo de la Ley ERISA.

Si tu reclamación de un beneficio es denegada u obviada, en parte o en su totalidad, tienes el derecho de conocer la razón de la denegación, de obtener, sin costo, copias de los documentos relacionados con la decisión y de apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos marcos de tiempo.

A tenor con la Ley ERISA, hay medidas que puedes tomar para hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo, si solicitas materiales del Plan y no los recibes en el término de 30 días, puedes presentar una demanda en un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan bajo ERISA o al Administrador que te provea los materiales y te pague hasta \$110.00 diarios hasta tanto recibas los materiales, a menos que no hayan sido enviados debido a razones fuera del control del Administrador del Plan bajo ERISA o el Administrador. Si has sometido una reclamación de beneficios y ha sido denegada o pasada por alto, en parte o en su totalidad, puedes presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no estás de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de una decisión acerca del estatus calificado de una orden de relaciones domésticas, puedes presentar una demanda ante el tribunal federal.

En caso de que los fiduciarios del Plan hayan hecho mal uso de los dineros del Plan, o que se haya discriminado en tu contra por hacer valer tus derechos, puedes procurar la ayuda del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos o presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos del tribunal y los honorarios de abogado. Si tienes éxito, el tribunal podría ordenar a la persona a quien has demandado, que pague dichos costos y honorarios. Si pierdes, el tribunal podría ordenarte a pagar dichos costos y honorarios; por ejemplo, si el tribunal estima que tu reclamación es frívola.

Si tienes alguna pregunta acerca del Plan, debes comunicarte con el Administrador del Plan bajo ERISA o el Administrador. Si tienes preguntas acerca de esta declaración o acerca de tus derechos al amparo de la Ley ERISA, debes comunicarte con la oficina regional más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos que aparece en el directorio telefónico o con la División de Asistencia y Preguntas Técnicas a: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution

Avenue, NW, Washington DC, 20210. También puedes obtener ciertas publicaciones sobre tus derechos y responsabilidades al amparo de la Ley ERISA llamando a la línea de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration).

Apéndice: Aviso sobre situaciones tributarias especiales de Puerto Rico

Antes de recibir una distribución del Plan que es elegible para reinvertirse en una IRA de Puerto Rico o un plan patronal, recibirás un aviso que explica las opciones de reinversión que tienes disponibles cuando seas elegible para una distribución. Podrías o no ser elegible en estos momentos para recibir una distribución del Plan. Sin embargo, si lo eres, debes revisar este aviso detenidamente antes de elegir una distribución del Plan. Este aviso tiene la intención de ayudarte a decidir si debes elegir una reinversión o no. Si en la actualidad no eres elegible para una distribución, debes guardar este aviso y repararlo cuando lo seas.

Hay dos formas de recibir un pago global del Plan que es elegible para reinversión, también conocido como una “distribución elegible para reinversión”. Puede **pagarse como reinversión directa** o en forma de **pago efectuado directamente a ti**. Se puede hacer una reinversión directa de tu cuenta del Plan, ya sea a una Cuenta de Retiro Individual de Puerto Rico (“IRA de PR”) o a otro plan patronal que sea calificado a tenor con el Código de Rentas Internas de Puerto Rico (un “Plan de PR”).

Si optas por una reinversión directa:

- Tú escoges si el pago se hace directamente a una IRA de PR o a un Plan de PR que acepte la reinversión.
- Tu pago no será tributable en Puerto Rico durante el año de la REINVERSIÓN DIRECTA, y no se retendrán contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico.
- El pago sí estará sujeto a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico cuando lo retires de la IRA de PR o del Plan de PR. Dependiendo del tipo de IRA de PR o Plan de PR, es posible que la distribución posterior esté sujeta a un tratamiento tributario diferente al que registrará si recibes una distribución tributable de este Plan.

Si optas por un pago del Plan que es una distribución elegible PAGADA A TI:

- Recibirás menos de la cantidad total del balance de tu cuenta porque es necesario que cierto porcentaje (usualmente el 20% de la parte tributable de la distribución) sea retenido en la fuente y enviado al Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Cualquier parte del balance de la cuenta para el cual se pagaron contribuciones por adelantado según se indica en la siguiente sección de

“Reglas especiales para pagos adelantados hechos en 2006 y 2014 a 2015”, se tratará como distribución de una aportación hecha después de los impuestos y no se retendrán contribuciones de Puerto Rico.

- Aplicarán las contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico en el año del pago a menos que lo reinviertas en el término de 60 días después de recibir el pago. Las cantidades previamente sujetas a un pago especial de contribuciones por adelantado durante el periodo de oportunidad de 2006 y 2014 a 2015 no deben estar sujetas a contribuciones sobre ingresos.
- Puedes reinvertir todo o parte del pago colocándolo en una IRA de PR o un Plan de PR que acepte tu reinversión en el término de 60 días después de recibir el pago. La cantidad reinvertida no estará sujeta a contribuciones de Puerto Rico hasta que la retires de la IRA de PR o el Plan de PR. Puedes solicitar un reintegro en la planilla de contribuciones sobre ingresos de cualquier impuesto retenido de la cantidad **pagada a ti** que fue reinvertida en la IRA de PR o del Plan de PR durante el periodo de 60 días. Cualquier cantidad no reinvertida debe estar sujeta a contribuciones sobre ingresos (sin incluir las cantidades sujetas al pago especial de contribuciones por adelantado durante el periodo de oportunidad de 2006 o 2014 a 2015).
- Si deseas reinvertir el 100% del pago en una IRA de PR o un Plan de PR en el término de 60 días después de recibirlo, deberás reemplazar la parte tributable que fue retenida de la distribución elegible para reinversión al momento de la distribución. Por ende, a fin de proveer un diferido completo, es posible que tengas que usar otra fuente de dinero para reemplazar la cantidad que fue retenida. Las cantidades retenidas podrían ser reembolsadas o acreditadas a tu obligación tributaria en el año que se hizo la retención.

Únicamente las distribuciones efectuadas en un solo pago global debido a separación del empleo, terminación del Plan, muerte del participante o pagadas a un beneficiario o receptor alterno a tenor con una orden calificada de relaciones domésticas, serán tratadas por el Plan como distribuciones elegibles para reinversión. Un pago global es un pago del balance total de la cuenta del plan que se puede efectuar en un plazo o dos durante un solo año calendario. Separación del empleo significa que tu empleo con el patrono termina debido a que das por terminado tu empleo, mueres o te jubilas.

Los otros pagos (no globales) del Plan, como los de retiros mientras estás trabajando, distribuciones gravables producto de préstamos morosos, plazos periódicos o anualidades se tributan conforme a diferentes reglas, por lo general como ingresos ordinarios a la tasa de contribuciones sobre ingresos para el año de la distribución y sujeto a una tasa de retención del 10%. En el caso de plazos periódicos o anualidades, según

se define en el Código de Rentas Internas de Puerto Rico y sus regulaciones, pagadas después de una separación del empleo, los primeros \$11,000 (\$15,000 si tienes 60 años o más) recibidos durante el año contributivo están exentos de contribuciones y la retención del 10% no aplicará a las cantidades recibidas de menos de \$31,000 (\$35,000 si tienes 60 años o más) durante el año contributivo. En casos de distribuciones gravables, como préstamos morosos, la retención del 10% se hace de los activos líquidos, de haberlos, que se te pagan durante el mismo año de la distribución gravable. No se aplican retenciones a las distribuciones gravables como resultado de préstamos morosos si no te pagan activos líquidos durante el año de la distribución gravable. Sin embargo, la distribución gravable o el préstamo moroso será declarado como ingreso ordinario al Departamento de Hacienda de Puerto Rico. Los pagos efectuados en forma de acciones del patrono también están sujetos a diferentes reglas tributarias, según se describe más adelante. Consulta con un asesor de impuestos para obtener más información.

Es posible que tu distribución también esté sujeta a impuestos sobre ingresos federales si ya no eres residente de Puerto Rico al momento que recibes una distribución del Plan. Si ese es tu caso, debes consultar con un asesor de impuestos.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS REINVERSIONES

¿Cómo puede una reinversión afectar mis contribuciones? Te cobrarán impuestos sobre un pago del Plan si no lo reinviertes. Los pagos que sean ingresos de fuentes de Puerto Rico estarán sujetos a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Si no efectúas una reinversión directa del Plan, aplicará una retención, según se describe más adelante.

¿Dónde puedo reinvertir el pago?

Reinversión en una IRA de PR. Puedes abrir una IRA en Puerto Rico para recibir la reinversión. Si optas por que el pago se haga directamente a una IRA de PR, contacta a un patrocinador de cuentas IRA en Puerto Rico (usualmente una institución financiera) para averiguar lo que debes hacer para que tu pago se reinvierta directamente en una IRA de PR.

Reinversión en el Plan de PR de otro patrono. Si has sido contratado por un nuevo patrono que tiene un Plan de PR y deseas hacer una reinversión directa a ese plan, pregunta al administrador de dicho plan si aceptaría una reinversión.

¿Cómo hago la reinversión? Hay dos formas de efectuar una reinversión. Puedes hacer una reinversión directa o una reinversión a 60 días.

Reinversión directa. Si haces una reinversión directa, el Plan efectuará un pago directamente a la IRA de PR o al Plan de PR de otro patrono. Debes comunicarte con el patrocinador de la cuenta IRA o el administrador del Plan de PR para obtener información sobre cómo hacer una reinversión directa. También debes tener presente que los planes no están obligados por ley a aceptar reinversiones. Además, si el Plan de PR acepta la reinversión, podría imponer restricciones en las circunstancias bajo las cuales puedes recibir posteriormente una distribución de la cantidad de la reinversión o requerir el consentimiento de tu cónyuge para cualquier distribución posterior. Verifica con el administrador de ese Plan de PR antes de tomar una decisión.

Reinversión elegible pagada a ti. Si no haces una reinversión directa, puedes hacer una reinversión por medio de un depósito en una IRA de PR o un Plan de PR de otro patrono que lo acepte. Si decides reinvertir, deberás hacer la reinversión en el término de 60 días a partir del recibo del pago. La cantidad del pago global reinvertida en una IRA de PR o Plan de PR no estará sujeta a contribuciones de Puerto Rico hasta que la retires de la IRA de PR o del Plan de PR.

¿Cuánto puedo reinvertir? Aunque puedes transferir/reinvertir toda o parte de la cantidad que en efecto recibes, a tenor con las leyes de Puerto Rico, para que el monto total de la distribución permanezca con impuestos diferidos tendrás que reinvertir el 100% de la distribución elegible para reinversión, incluida una cantidad equivalente a la que fue retenida para contribuciones sobre ingresos. Por consiguiente, si haces una reinversión a 60 días, debes encontrar otros fondos dentro del periodo de 60 días para aportar a la IRA de PR o el Plan de PR y reemplazar la cantidad que fue retenida a fin de beneficiarte de un diferido total. Cuando se haga una distribución posterior de la IRA de PR o el Plan de PR, la distribución estará sujeta a impuestos según las reglas que estén vigentes en ese momento para dichas distribuciones.

Ejemplo: Recibes el pago de una distribución elegible para reinversión de \$10,000. Suponiendo una tasa de retención del 20%, recibirás \$8,000 y \$2,000 será enviado al Departamento de Hacienda de Puerto Rico como retención de contribuciones sobre ingresos. En el término de 60 días después de recibir los \$8,000, podrías reinvertir los \$10,000 en una IRA de PR o un Plan de PR. Para hacerlo, reinvertirías los \$8,000 que recibes del Plan y tendrías que buscar \$2,000 de otras fuentes (tus ahorros, un préstamo, etc.). En este caso, no tendrías que pagar contribuciones sobre el monto total de la reinversión (\$10,000) hasta que lo retires de la IRA de PR o del Plan de PR. Si reinviertes los \$10,000, cuando radiques la planilla de contribuciones sobre ingresos te acreditarán los \$2,000 retenidos y podrías tener derecho a un reembolso por esa cantidad.

¿Puedo reinvertir las aportaciones hechas después de los impuestos? Si hiciste aportaciones después de los impuestos al Plan, estas pueden reinvertirse en una IRA de PR o en ciertos planes patronales que acepten reinversiones de aportaciones hechas después de los impuestos. El Administrador del Plan probablemente podrá decirte qué parte del pago es tributable y cuánto es la parte post-impuestos. Si reinviertes aportaciones hechas después de los impuestos, es responsabilidad tuya llevar constancia de dichas aportaciones. Esto permitirá que se determine la cantidad no tributable de cualquier distribución futura.

También puedes reinvertir las aportaciones hechas después de los impuestos en una IRA de PR no deducible. No se imponen contribuciones sobre la distribución de una IRA de PR no deducible si esta se efectúa después de cumplir los 60 años.

RETENCIONES DE CONTRIBUCIONES SOBRE INGRESOS DE PUERTO RICO

La ley exige al plan retener cierto porcentaje (usualmente el 20%) de la cantidad que te paguen que esté sujeta a contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico. Las cantidades retenidas se envían al Departamento de Hacienda de Puerto Rico como retenciones de contribuciones sobre ingresos. Por ejemplo, si tu distribución de reinversión elegible consta de \$10,000 tributables en Puerto Rico, suponiendo una tasa de retención del 20%, solo te pagarían \$8,000, ya que el Plan deberá retener \$2,000. Sin embargo, cuando prepares la planilla del año, declararás los \$10,000 completos como pago del Plan. Declararás los \$2,000 como contribuciones retenidas y esto se acreditará a cualquier cantidad de contribuciones sobre ingresos que adeudes ese año. Los pagos globales que te deban debido a separación de empleo, si no se reinvierten, se considerarán ingresos ordinarios sujetos a una tasa especial de contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico de 20%, si se retienen al momento de la distribución (excluyendo las cantidades sujetas al pago especial por adelantado de contribuciones durante el periodo de oportunidad de 2006 o 2014 a 2015; consulta la sección de “Reglas especiales para pagos adelantados hechos en 2006 y 2014 a 2015” más adelante). Por lo tanto, las cantidades retenidas por tu patrono generalmente cumplirán con cualquier obligación tributaria relacionada con la distribución del Plan.

Reglas especiales para pagos adelantados hechos en 2006 y 2014 a 2015. Leyes especiales de 2006 y 2014 permitieron a los participantes del Plan hacer pagos adelantados de las contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico para los fondos tributables con derechos adquiridos acumulados en sus cuentas del Plan, a una tasa tributaria especial del 5% durante el periodo del 16 de mayo de 2006 al 31 de diciembre

de 2006, y a una tasa tributaria especial del 8% durante el periodo del 1 de julio de 2014 al 30 de abril de 2015 (el "periodo de oportunidad").

Si aprovechaste cualquiera de estas opciones de pago adelantado, debes llevar constancia de la cantidad del balance de la cuenta del Plan que fue sujeta al pago adelantado. Debes presentar evidencia de pago adelantado al Administrador del Plan cuando solicites una distribución del Plan. Cualquier cantidad del balance de la cuenta para la cual se pagaron contribuciones adelantadas se tratará como distribución de una aportación hecha después de los impuestos y no se retendrán contribuciones de Puerto Rico. Las reglas descritas anteriormente acerca de las reinversiones de aportaciones hechas después de los impuestos, aplican a cualquier parte de la distribución por la cual se hicieron pagos adelantados. Debes consultar con un asesor de impuestos para obtener más información sobre estas reglas especiales.

REGLAS ESPECIALES Y OPCIONES

Si tu pago incluye acciones del patrono que no reinvertiste, hay una regla especial para pagos del Plan que incluyen acciones del patrono. Según esta regla especial, no se aplicarán retenciones a los pagos hechos en forma de acciones del patrono, y no tendrás que pagar contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico sobre el valor de las acciones del patrono que recibas atribuibles a servicios que brindaste en Puerto Rico hasta que vendas las acciones. Cuando vendas las acciones del patrono, podrían aplicar tasas tributarias especiales sobre las ganancias capitales dependiendo del periodo que mantuviste dichas acciones antes de venderlas.

Si tienes un préstamo pendiente que se está repagando:

Si tienes un préstamo pendiente del Plan, el beneficio del Plan podría reducirse por la cantidad del préstamo si el préstamo no se paga al momento que se da por terminado tu empleo. La cantidad del repago del préstamo se trata como una distribución hecha a ti al momento del repago y, por consiguiente, será tributable y tomada en cuenta al determinar la cantidad de contribuciones sobre ingresos que se retienen de la distribución. Si deseas hacer una reinversión a 60 días de la cantidad total, tendrás que encontrar el dinero para reemplazar la parte tributable a fin de reinvertir la cantidad total del diferido. De otra forma, solo obtendrás el diferido de impuestos de la parte de la distribución que fue reinvertida durante el periodo de 60 días.

Si no eres un participante del Plan: Si recibes una distribución después de la muerte del participante que no reinviertes, la distribución por lo general se tributará de la misma forma explicada en otras partes de este aviso.

Si eres un cónyuge o un beneficiario que sobrevive al

participante: En general, las reglas resumidas anteriormente que aplican a los pagos a empleados aplican también a los pagos a cónyuges que sobreviven a los empleados y a los cónyuges o excónyuges que son "beneficiarios alternos". Eres un beneficiario alternativo si tu interés en el Plan es producto de una orden calificada de relaciones domésticas, que es una orden emitida por un tribunal usualmente con relación a un divorcio o una separación legal.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Puedes contactar al Departamento de Hacienda de Puerto Rico en <http://www.hacienda.gobierno.pr> para obtener información adicional.


Este aviso resume las reglas de contribuciones de Puerto Rico que podrían aplicarse a tu pago. Solo pretende ser un resumen. Las reglas descritas anteriormente son complejas y contienen muchas condiciones y excepciones que no se incluyen en este aviso. Además, el resumen tiene el propósito de reflejar las reglas tributarias vigentes en la fecha antes mencionada. Por lo tanto, puede que te convenga consultar con un asesor profesional de impuestos antes de recibir un pago de los beneficios del Plan.

El Plan de Compra de Acciones para Asociados

Elegibilidad para el Plan de Compra de Acciones para Asociados	176
Inscripción en el Plan de Compra de Acciones para Asociados	176
Aportación de Walmart a tu participación en las acciones de la compañía	176
Cómo vender acciones a través del Plan	176
Cómo manejar la cuenta de Computershare	177
Cómo terminar tu participación y cerrar la cuenta	177
Si dejas la compañía	177
<hr/>	
PROSPECTO	178
Introducción y resumen	178
Administración del Plan; manejo de la cuenta	179
Participación en el Plan y elegibilidad	179
Aportaciones al Plan: Programa de Compra de Acciones	180
Posesión de acciones, cuotas y riesgos	181
Entrega de certificados de acciones y ventas de acciones	182
Fin de la participación; cierre de la cuenta	183
Enmiendas al Plan y terminación	184
Información tributaria	184
Información disponible	184
Entrega electrónica de prospectos y otros documentos	185
Documentos incorporados por referencia	185

El Plan de Compra de Acciones para Asociados

El Plan de Compra de Acciones para Asociados (ASPP, por sus siglas en inglés o el Plan) te permite comprar acciones de Walmart a tu conveniencia por medio de deducciones de nómina y pagos directos al administrador del plan. Puedes optar por que te retengan cualquier cantidad de entre \$2 y \$26,000 del cheque de nómina bisemanal para la compra de acciones (hasta una deducción máxima anual de \$26,000). Walmart hace una aportación paralela de \$0.15 por cada dólar que aportas mediante deducciones de nómina para la compra de acciones, hasta los primeros \$1,800 que aportas al Plan durante cada año del Plan (de abril a marzo).

RECURSOS		
Encuentra lo que necesitas	En línea	Otros recursos
Inscribirte en el Plan o cambiar la cantidad de la deducción	Completa una sesión de inscripción en línea en One.Walmart.com/ASPP	Llama a Computershare al 800-438-6278 (para personas con discapacidad auditiva: 800-952-9245)
<ul style="list-style-type: none"> • Acceder a la información de tu cuenta • Obtener un estado de cuenta • Obtener un documento contributivo • Obtener una declaración informativa 	Visita la página de Computershare en computershare.com/walmart o accede a la aplicación de Associate Stock.	Puedes bajar la aplicación de Associate Stock en One.Walmart.com/StockApp o escanear el código QR a continuación (disponible para dispositivos Apple o Android)
Enviar el dinero directamente a Computershare		 <p>Envía el cheque a: Computershare Attn: Walmart ASPP P.O. Box 43080 Providence, Rhode Island 02940-3080</p> <p>(La compañía no hará aportaciones paralelas para el dinero enviado directamente a Computershare)</p>

Lo que debes saber sobre el Plan de Compra de Acciones para Asociados

- Todos los asociados elegibles pueden comprar acciones de Walmart por medio de convenientes deducciones de nómina y pagos directos a Computershare.
- Walmart hace una aportación paralela de \$0.15 por cada \$1 que aportes al Plan mediante deducciones de nómina, hasta los primeros \$1,800 que aportas en cada año del plan.
- No tienes que pagar cargos cuando compras acciones de Walmart a través del Plan. Solo pagarás un cargo cuando vendas las acciones.
- Las acciones se acreditarán a una cuenta que mantiene Computershare en tu nombre. Puedes acceder a tu cuenta por Internet, por teléfono o por la aplicación (consulta la tabla de [Recursos](#) arriba) para obtener el balance o vender acciones de la cuenta.

Elegibilidad para el Plan de Compra de Acciones para Asociados

Serás elegible para inscribirte en el Plan de Compra de Acciones para Asociados si:

- No eres miembro de una unidad de convenio colectivo en la que los beneficios fueron objeto de una negociación colectiva de buena fe.
- Tienes por los menos 18 años o la mayoría de edad en el estado donde se paga tu nómina para participar (en Alabama y Nebraska serían 19 años). Si vives en Puerto Rico, deberás tener 21 años para participar. Si tienes preguntas acerca del requisito de edad, consulta las leyes sobre la mayoría de edad de tu estado.

Inscripción en el Plan de Compra de Acciones para Asociados

Puedes inscribirte en el Plan en línea por medio de una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com/ASPP. Antes de inscribirte en este plan, debes repasar este folleto del Plan de Compra de Acciones para Asociados y el Prospecto del Plan (más adelante se incluye una copia), así como los informes y demás documentos que la compañía ha incorporado por referencia al Prospecto del Plan.

La decisión de participar en el Plan y comprar acciones de la compañía es una decisión particular que solo tú puedes tomar. La compañía no recomienda, endosa ni solicita la participación en el Plan ni la compra de acciones de la compañía. Al tomar la decisión, debes tener presente que el rendimiento pasado de las acciones de la compañía no es una indicación ni una predicción del rendimiento futuro. El valor de las acciones de la compañía puede verse afectado por muchos factores, incluidos factores externos como las condiciones económicas. La compañía recomienda que consultes con tus asesores financieros y de impuestos acerca de la participación en el Plan y la inversión en acciones de la compañía.

Aportación de Walmart a tu participación en las acciones de la compañía

El Plan de Compra de Acciones para Asociados permite a todos los asociados elegibles comprar acciones de Walmart a

su conveniencia mediante deducciones de nómina. Se puede retener cualquier cantidad entre \$2 y \$26,000 de tu cheque de nómina para comprar acciones (hasta una deducción máxima anual de \$26,000).

Walmart aporta a tu cuenta de compra de acciones con una aportación paralela de \$0.15 por cada \$1 que aportes al Plan mediante deducciones de nómina, hasta los primeros \$1,800 que aportas en cada año del plan. El año del Plan es de abril a marzo. La aportación paralela de la compañía se refleja como ingreso en el talonario de tu cheque y en el formulario W-2.

Además de las deducciones de nómina, también puedes aportar al Plan de Compra de Acciones para Asociados enviando dinero directamente a Computershare, el administrador del Plan, a:

Computershare
Attn: Walmart ASPP
P.O. Box 43080
Providence, Rhode Island 02940-3080

Walmart no hará una aportación paralela al dinero que se envía directamente a Computershare. La cantidad total de las deducciones de nómina y dinero enviado directamente a Computershare no puede exceder de \$125,000 por año del Plan. Los dividendos sobre las acciones que posees en cada fecha de registro de dividendos se reinvierten automáticamente para comprar acciones adicionales en tu nombre, pero no cuentan hacia el máximo de \$125,000.

El valor de las acciones que compras puede fluctuar y disminuir. No hay forma de garantizar que en el futuro las acciones tengan el mismo valor que tenían cuando efectuaste la compra o que el valor vaya a aumentar.

Cuando tomes una decisión acerca de adquirir acciones de Walmart, considera todas tus inversiones, incluidas las acciones de Walmart que ya posees. Si tienes preguntas sobre inversiones, consulta con un asesor financiero. La inversión en acciones está sujeta a ciertos riesgos según se describe en el Prospecto del Plan y en el informe anual de Walmart más reciente, que se incorpora por referencia al Prospecto del Plan en el Formulario 10-K.

Cómo vender acciones a través del Plan

No se cobrarán cargos por la compra de acciones; sin embargo, habrá un cargo cuando se venden las acciones. Las cuotas cobradas por Computershare descritas en esta sección están sujetas a cambio.

APORTACIÓN DE WALMART A TU PARTICIPACIÓN EN LAS ACCIONES DE LA COMPAÑÍA			
Si aportas	Tu aportación mediante deducción de nómina para el año del Plan es de	La aportación paralela de Walmart* es de	Cantidad total usada para comprar acciones de Walmart
\$10 bisemanalmente	\$260	\$39	\$299
\$20 bisemanalmente	\$520	\$78	\$598
\$70 bisemanalmente	\$1,820	\$270 (Walmart hace una aportación paralela de \$0.15 por cada \$1 hasta un máximo de \$1,800)	\$2,090

*La compañía hará aportaciones solamente sobre las acciones adquiridas mediante deducciones de nómina. No hará aportaciones paralelas sobre el dinero enviado directamente a Computershare.

Si optas por vender tus acciones, la venta se hará conforme a una orden de mercado. Las acciones serán vendidas en cuanto se pueda razonablemente procesar tu solicitud. Por lo general, las órdenes de mercado hechas cuando el mercado de valores está abierto se ejecutan inmediatamente. Sin embargo, no se garantiza el precio al cual se ejecutará tu orden, y el precio de venta de tus acciones de Walmart antes de la ejecución de la orden de venta, no es necesariamente el precio al cual se ejecutará la orden.

Por lo general, cualquier venta de acciones se efectuará a través de la bolsa New York Stock Exchange (NYSE). Si la NYSE está cerrada cuando tu orden esté lista para procesar, se procesará tan pronto como sea posible en el próximo día de compra y venta de la NYSE. El cargo es de \$25.50 por cada venta más \$0.05 (cinco centavos) por cada acción que vendas.

Puedes vender acciones en computershare.com/walmart, con la aplicación de Associate Stock, One.Walmart.com/StockApp (disponible para dispositivos Apple y Android) o llamando a Computershare al **800-438-6278** (personas con problemas auditivos: **800-952-9245**). Puedes optar por que el pago se deposite a una cuenta bancaria que tengas registrada o recibir un cheque a la dirección que tienes registrada con Computershare. Si optas por recibir el pago en una cuenta de banco, los fondos se enviarán al banco en la fecha de liquidación de la bolsa, que es dos días después de la fecha de venta. Ten presente que variará según tu banco el momento en que los fondos se reflejen en tu cuenta corriente o de ahorros. Si optas por recibir el pago de tu venta en un cheque, debes recibir el cheque en el término de siete a diez días laborables después de hacer la orden de venta de acciones en la cuenta del Plan.

El cargo por venta se deduce automáticamente de la cantidad depositada o reportada en tu cheque como ganancia neta de la venta. Cada vez que vendes acciones recibirás un formulario de resumen de transacciones junto con el cheque. Para efectos de rendir la planilla de contribuciones sobre ingresos, recibirás los documentos tributarios pertinentes (1099-B y/o 1099-DIV) adjuntos a tu estado de cuenta anual durante el primer trimestre del año siguiente (de enero a marzo). Dependiendo de la preferencia de entrega, los documentos se enviarán a la dirección que tienes registrada con Computershare o te notificarán por correo electrónico cuándo estén disponibles. Debes usar estos documentos cuando rindas la planilla.

Es importante entender las consecuencias tributarias de una venta de acciones. Si tienes preguntas relacionadas con las contribuciones, consulta con un asesor financiero o de impuestos.

Cómo manejar la cuenta de Computershare

Recibirás un estado de cuenta de Computershare por lo menos una vez al año (durante el primer trimestre) que muestra la actividad de tu cuenta. Si optaste por recibir los estados de forma electrónica, recibirás un correo electrónico para informarte que el estado está listo y disponible en computershare.com/walmart o en la aplicación de Associate Stock que puedes bajar en One.Walmart.com/StockApp.

El estado de cuenta anual también incluirá información importante sobre las contribuciones. Es muy importante que lo guardes, de manera que puedas ver la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de las acciones que vendas. Necesitarás esta información para la planilla contributiva.

Puedes acceder a la información de tu cuenta en línea en computershare.com/walmart, con la aplicación de Associate Stock, One.Walmart.com/StockApp (disponible para dispositivos Apple y Android) o llamando a Computershare al **800-438-6278** (personas con problemas auditivos: **800-952-9245**).

Si solicitas estados de cuenta adicionales a Computershare, habrá un cargo de \$5 por cada estado de años anteriores. Puedes obtener copias gratis en el sitio web computershare.com/walmart.

Cómo terminar tu participación y cerrar la cuenta

Para cancelar las deducciones de nómina relacionadas con el Plan de Compra de Acciones para Asociados, debes completar una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com/ASPP.

Después de cancelar las deducciones de nómina, puedes cerrar la cuenta vendiendo o transfiriendo las acciones restantes. Para evitar tener que pagar por una transacción de ventas dos veces, cancela tus deducciones de nómina y confirma que la última compra de acciones aparece en la cuenta antes de cerrarla. También tienes la opción de suspender las deducciones de nómina y seguir en posesión de tus acciones del Plan en Computershare.

Si dejas la compañía

Si te vas de la compañía, tendrás varias opciones respecto al estatus de tu cuenta:

- Puedes mantener la cuenta abierta sin las deducciones semanales o bisemanales y sin la aportación paralela de la compañía. Puedes hacer compras voluntarias en efectivo con el beneficio de no pagar cuotas de corretaje. Hay una cuota anual de mantenimiento de \$35 que se deducirá automáticamente de tu cuenta mediante la venta de un número apropiado de acciones o una fracción de acción a fin de cubrir la cuota durante el primer trimestre del año.
- Puedes solicitar que se muevan las acciones directamente al plan de ventas directas, "Walmart Direct Stock Purchase Plan".
- Puedes cerrar la cuenta y transferir las acciones a otro corredor.
- Puedes cerrar la cuenta y vender algunas o todas las acciones en la cuenta.

A fin de evitar balances residuales y no pagar un cargo por transacción de venta dos veces, espera hasta recibir el último cheque de nómina y confirma que tu última compra de acciones aparece en la cuenta antes de cerrarla.

Es muy importante que actualices la información en Computershare si cambias de dirección después de irte de la compañía.

PROSPECTO

Prospecto

El documento a continuación constituye un prospecto sobre valores que han sido registrados a tenor con la Ley de Valores de 1933.

115,694,815 acciones

WALMART INC.

Acciones comunes
(Valor nominal de \$.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 prospecto trata la compra de un número de acciones (con un valor nominal de \$.10 por acción) de las acciones comunes de Walmart, Inc. ("Walmart," la "Compañía" o "nosotros"), indicadas arriba bajo el Plan de Compra de Acciones de Walmart, Inc. 2016 (el "Plan"), por parte de asociados elegibles de Walmart que optan por participar en el Plan.

Estos valores no han sido aprobados ni desaprobados por la Comisión de Bolsa y Valores de los Estados Unidos (SEC, por sus siglas en inglés) ni ninguna otra comisión estatal de valores, que tampoco han determinado la exactitud o idoneidad de este prospecto. Cualquier representación al contrario constituye un delito.

Nadie tiene autorización para ofrecer información o representación alguna fuera de las incluidas en este Prospecto y, de ser ofrecidas, no debes confiar en ellas. Este Prospecto no es una oferta de venta ni una solicitud de una oferta para comprar los valores mencionados en este Prospecto en un estado u otra jurisdicción donde sería ilícita dicha oferta o solicitud. Ni la entrega de este Prospecto ni la adquisición de los valores descritos en el mismo implica que no ha habido cambios en los asuntos de la compañía desde la fecha de este Prospecto.

La inversión en las acciones comunes ofrecidas implica ciertos riesgos. Consulta la parte I, inciso 1A, "Factores de riesgo" del Formulario 10-K más reciente radicado ante la Comisión de Bolsa y Valores para ver una descripción de ciertos riesgos que pueden afectar nuestros negocios, operaciones, condición financiera, resultado de las operaciones y flujos de efectivo. Consulta la sección de [Posesión de acciones, cuotas y riesgos](#) más adelante.

Este Prospecto tiene fecha de 31 de agosto de 2024

Introducción y resumen

El Plan es una enmienda actualizada del Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 2004, el cual anteriormente había enmendado y modificado al Plan de Compra de Acciones para Asociados de Wal-Mart Stores, Inc. de 1996. La aprobación más reciente del Plan por parte de los accionistas de Walmart se dio en la Reunión Anual de Accionistas el 3 de junio de 2016. Al 31 de agosto de 2024, estaban disponibles para compra a la compañía o en el mercado libre bajo el Plan hasta 115,694,815 de las acciones comunes de la compañía, con un valor nominal de \$.10 por acción ("las Acciones"); 60,000,000 acciones estaban disponibles para comprar a la compañía bajo el Plan

y 90,000,000 acciones estaban disponibles para compra en el mercado libre bajo el Plan. El 30 de noviembre de 2018 se registraron 150,000,000 acciones (según ajustadas para reflejar la división de acciones de 3 por 1 de la compañía efectiva el 23 de febrero de 2024) con la Comisión de Bolsa y Valores de los Estados Unidos para oferta y venta en Declaraciones de Registro en el Formulario S-8. Las acciones se cotizan en la Bolsa de Nueva York (NYSE). A los asociados participantes se les puede mencionar como segunda persona ("tu") en este Prospecto.

El Plan tiene dos partes: el Programa de Compras de Acciones y el Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente. El Programa de Compras de Acciones ofrece a los asociados elegibles la oportunidad de participar como

PROSPECTO

dueños de la compañía al permitirles comprar acciones mediante deducciones de nómina. Además, si efectúan o han efectuado compras a través de dichas deducciones de nómina conforme al Plan, también pueden adquirir acciones mediante aportaciones voluntarias al Plan con sus otros fondos. Por medio del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente, la compañía puede recompensar a los asociados por un desempeño laboral excepcional otorgándoles acciones.

La compañía opina que el Plan no está sujeto a ninguna de las disposiciones de la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de 1974, según enmendada. El plan no está calificado conforme a la Sección 401(a) ni la Sección 423 del Código de Rentas Internas de Estados Unidos de 1986, según enmendado.

Administración del Plan; manejo de la cuenta

El Plan dispone que el Comité de Compensación y Desarrollo Gerencial de nuestra Junta de Directores (“el Comité”) tiene autoridad total para administrar el Plan. El Comité podría delegar algunos o todos los aspectos de la administración del Plan (y revocar la delegación) a los directivos o gerentes de la compañía o de una subsidiaria que es propiedad total o mayoritaria de la compañía (dichas subsidiarias se mencionan en este Prospecto como “afiliadas”), sujeto a los términos y según considere apropiado. La Junta de Directores de Walmart selecciona a los miembros del Comité. La Junta de Directores puede retirar a un miembro del Comité a su discreción, y una persona dejará de ser miembro del Comité si deja de ser director de Walmart por alguna razón. A la fecha de este Prospecto, los miembros del Comité eran Carla Harris, Marissa Mayer y Randall Stephenson.

El Comité ha seleccionado a un Tercero Administrador, actualmente Computershare Trust Company, N.A. (“Computershare”), para establecer y mantener las cuentas del Plan. Computershare, además, sirve como agente de transferencia de acciones de la compañía y brinda otros servicios relacionados con las acciones a la empresa y a sus accionistas.

El Comité, como administrador del Plan, o su delegado, deberá observar los términos del Plan, pero en lo demás tiene la entera facultad y discreción para administrar el Plan, lo que incluye pero no se limita a la facultad de: (i) determinar cuándo, a quién y en qué tipo y cantidad se deben hacer las aportaciones; (ii) autorizar a la compañía a efectuar aportaciones a los asociados elegibles en cualquier cantidad y determinar los términos y condiciones pertinentes para cada aportación; (iii) fijar una limitación mínima y máxima en dólares, acciones o de otro tipo para las diversas aportaciones permitidas por el Plan; (iv) determinar si una entidad en la cual poseemos más del 50% o de otra forma controlamos, directa o indirectamente (“una afiliada”)

debe ser (o dejar de ser) un Patrono participante (según se define abajo); (v) determinar si los asociados elegibles de los Patronos participantes fuera de EE. UU. deben participar en el Plan (y cuáles); (vi) tomar todas las decisiones que considere necesarias o aconsejables para la administración del Plan; (vii) establecer, enmendar y revocar reglas y regulaciones para la administración del Plan y (viii) ejercer las facultades, realizar los actos y tomar las determinaciones que considere necesarias o aconsejables para administrar el Plan. Todas las decisiones tomadas por el Comité conforme al Plan son finales y vinculantes respecto a todas las personas, que incluye a la compañía y sus afiliadas, cualquier asociado o cualquier persona que reclame derechos de o a través de un participante del Plan y los accionistas de la compañía. Los miembros del Comité no actúan como fiduciarios de los participantes ni mantienen en fideicomiso acciones acreditadas a las cuentas de los participantes del Plan, ni los fondos aportados al Plan por cualquier asociado ni las ganancias de cualquier venta de acciones de la compañía para beneficio de los participantes.

Participación en el Plan y elegibilidad

Si eres elegible para participar en el Plan, puedes convertirte en participante del Plan inscribiéndote en línea en One.Walmart.com/ASPP para autorizar que se hagan deducciones de nómina de tu salario regular y se aporten a la compra de acciones en tu cuenta del Plan. También puedes convertirte en participante del Plan si el Comité te otorga acciones como parte del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente.

Todos los asociados de la compañía y las afiliadas aprobadas de la compañía (“los Patronos participantes”) son elegibles para participar en el Plan, excepto en los casos que siguen:

- Si la ley de tu estado o país de residencia te restringe o te prohíbe la participación en el Plan, es posible que no puedas participar en el Plan o que tu participación sea limitada. Es responsabilidad tuya asegurarte de que la participación en el Plan no esté sujeta a dichas restricciones o prohibiciones.
- Es necesario que hayas cumplido la mayoría de edad en tu estado de residencia o de empleo para participar. Es responsabilidad tuya asegurarte de que tienes la edad legal para participar. La compañía puede dar por terminada tu participación si descubre que no tienes la edad suficiente para participar en el Plan.
- Si eres miembro de una unidad de convenio colectivo en la que los beneficios fueron objeto de una negociación colectiva de buena fe, serás excluido de la participación en el Plan.
- Si tu patrono es un Patrono participante fuera de los EE. UU., solo podrás participar si has sido aprobado (registrado por grupo, categoría o por individuo).

PROSPECTO

- Si eres un director de Walmart sujeto a la subsección 16(a) de la Ley del Mercado de Valores de 1934, o de otra forma sujeto a la política de "Insider Trading" de la compañía, es posible que se vea restringida tu capacidad de cambiar la cantidad de la deducción bisemanal y adquirir o vender acciones en ciertos momentos.

Si te encuentras en una licencia bona fide de la compañía o de un Patrono participante, seguirás siendo elegible para efectuar aportaciones al Plan durante la licencia, pero no cualificarás para las aportaciones paralelas de la compañía durante ese periodo. Si te encuentras en una licencia militar de la compañía o de un Patrono participante, contacta al Departamento de Beneficios para verificar si calificas para recibir aportaciones paralelas de la compañía durante la licencia. Ten presente que deberás hacer las aportaciones de tus propios fondos si no estás recibiendo un cheque de nómina mientras estás de licencia, ya que las deducciones de nómina no serían una opción. El Comité tiene que aprobar cualquier otra circunstancia que te permitiría seguir participando en el Plan mientras estás de licencia.

Aportaciones al Plan: Programa de Compra de Acciones

Para efectuar aportaciones mediante deducciones de nómina, es necesario que completes una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com/ASPP. Una vez te hayas inscrito debidamente en el Plan, las aportaciones mediante deducciones de nómina continuarán conforme a tu autorización de deducción de nómina más reciente (sujeto a cualquier restricción impuesta por el Plan) siempre que sigas empleado por la compañía o por un Patrono participante, a menos que cambies o suspendas la autorización de las deducciones de nómina o que el Plan en sí se dé por terminado.

Ten presente que no se harán deducciones de un cheque de nómina en el que la aportación deducida exceda tu salario neto después de la retención de impuestos. Puedes cambiar o suspender la autorización de deducción de nómina completando una sesión de inscripción en los beneficios en One.Walmart.com/ASPP. La solicitud será procesada en cuanto sea viable. Es posible que la inscripción o solicitud se retrase o se rechace si la inscripción o modificación solicitada está prohibida por una política de la compañía al momento del intento de inscripción o solicitud, incluida la Política de "Insider Trading" de la compañía.

Ten presente que las aportaciones mediante deducción de nómina por lo general se sacan del último cheque de nómina. Si no deseas que se retiren esas aportaciones de tu último cheque de nómina, es importante que suspendas la autorización de deducción de nómina a tiempo. Si trabajas en un estado que exige que te paguen el último cheque de nómina fuera del ciclo de nómina normal, no se retirarán las aportaciones del último cheque.

Las deducciones de nómina pueden ser de un mínimo de \$2 o de un máximo de \$26,000 por periodo de nómina bisemanal (hasta una deducción máxima anual de \$26,000). La cantidad de una deducción bisemanal en exceso del mínimo deberá ser en incrementos de \$1. La Compañía o tu Patrono participante efectuará las aportaciones paralelas en efectivo en tu nombre a la cuenta del Plan cuando aportes al plan mediante deducciones de nómina. Actualmente, la aportación paralela es del 15 por ciento de los primeros \$1,800 que aportas al Plan mediante deducciones de nómina, o hasta \$270 por año del Plan. La aportación paralela de la compañía se usará para comprar acciones para tu cuenta del Plan.

Si participas o has participado en deducciones de nómina bajo el Plan y no has cerrado la cuenta según se describe más adelante, también puedes aportar efectivo (en dólares de EE. UU.) voluntariamente de tus otros recursos para financiar la compra de acciones que se mantendrán en la cuenta del Plan, incluso después de terminar tu empleo con la Compañía o con un Patrono participante. Las aportaciones voluntarias se hacen a Computershare directamente. Computershare te dará las instrucciones para efectuar dichas aportaciones voluntarias. Ni la Compañía ni un Patrono participante hará aportaciones paralelas sobre las cantidades que aportas directamente a Computershare. Además, también puedes depositar las acciones que mantienes fuera del Plan (ya sea que las haya adquirido o no a través del Plan originalmente) en la cuenta del Plan haciendo los arreglos directamente con Computershare.

La cantidad total de tus deducciones de nómina y de aportaciones voluntarias al Plan no puede exceder de \$125,000 por año del Plan (del 1 de abril al 31 de marzo). Los dividendos acreditados a la cuenta del Plan no contarán hacia la cantidad máxima.

El Comité establece y puede cambiar las aportaciones máximas y mínimas, puede cambiar las condiciones para las aportaciones voluntarias en efectivo o en acciones, y puede cambiar la cantidad de las aportaciones paralelas del patrono en cualquier momento.

PROGRAMA DE PREMIOS POR DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Conforme al componente del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente, la compañía puede otorgarte un premio en forma de acciones por demostrar un desempeño sobresaliente en tu trabajo durante un periodo de un mes, un trimestre o un año. El Comité aprueba todos los Premios por Desempeño Sobresaliente y periódicamente establece las cantidades máximas en dólares de estos premios.

Las acciones del Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente se entregarán por medio de una cuenta establecida para tu conveniencia por Computershare.

PROSPECTO

COMPRA DE ACCIONES

Tu patrono enviará todas las deducciones de nómina junto con cualquier aportación paralela a Computershare en cuanto sea viable después de cada periodo de nómina. Computershare comprará acciones para tu cuenta del Plan no más de cinco (5) días laborables después de recibir los fondos. Si efectúas una aportación voluntaria en efectivo fuera de las deducciones de nómina, Computershare comprará las acciones con dicha aportación en efectivo, no más de cinco (5) días después de recibir los fondos.

Computershare podría comprar acciones para las cuentas del plan en una bolsa de valores nacional, a la compañía o por medio de una combinación de ambas. Sin embargo, el Comité se reserva el derecho de exigir que Computershare compre de una fuente en particular, conforme a las reglas aplicables de valores y las reglas aplicables de cualquier bolsa nacional.

Típicamente, cuando Computershare compra acciones del Plan en una bolsa de valores nacional, adquiere las acciones como parte de un grupo o lote en lugar de en forma individual para cada participante. En algunos casos, es necesario que las acciones para el Plan se adquieran durante el transcurso de más de un día. Cuando se compran acciones en tu nombre como parte de un lote, el precio de compra de cada acción será igual al precio promedio de todas las acciones adquiridas para ese grupo según determine Computershare. No se permite que un participante solicite a Computershare, únicamente para él o ella, la compra de acciones que son parte de un lote.

Si Computershare compra acciones a la compañía, ya sean acciones autorizadas, pero no emitidas o acciones propias, el precio por acción de dichas acciones será igual al Precio Promedio Ponderado por Volumen (VWAP, por sus siglas en inglés), según informado en las transacciones compuestas de la Bolsa de Nueva York en la fecha de compra. El VWAP es el promedio ponderado de los precios a los cuales se hacen todos los intercambios de acciones de la compañía en la NYSE en la fecha en que se compran las acciones a la compañía. Aunque el Plan permite que el Comité designe otra metodología para tasar las acciones compradas a la compañía, a la fecha de este Prospecto no se ha designado ninguna otra metodología.

El número de acciones asignadas a tu cuenta del Plan con relación a una compra de acciones, será igual a la cantidad total de las aportaciones y dividendos disponibles para la cuenta del Plan dividido por el precio de compra de cada acción atribuible a esas compras, según mencionado anteriormente.

Los participantes fuera de los EE. UU. deben tener presente:

Todas las cantidades aportadas al Plan mediante deducciones de nómina, todas las aportaciones paralelas y toda aportación efectuada conforme al componente de Premios por Desempeño Sobresaliente, serán convertidas de la moneda local a dólares de EE. UU. antes de efectuarse la compra de las acciones. Por lo general, la tasa de cambio usada es la del día laborable inmediatamente anterior al día en que se envían los

fondos a Computershare; sin embargo, puede que eso no sea factible en algunas circunstancias. Todas las aportaciones en efectivo tienen que ser convertidas a dólares de EE. UU. antes de ser enviadas a Computershare para la compra de acciones.

Posesión de acciones, cuotas y riesgos

POSESIÓN DE ACCIONES

Desde el momento en que se acreditan acciones a tu cuenta del Plan, tendrás posesión total de las acciones (incluidas las acciones fraccionales). Las acciones mantenidas en tu cuenta del Plan se registrarán a nombre de Computershare hasta que hagas una de tres cosas: solicites que se depositen en una cuenta de "accionista general", que te entreguen los certificados de acciones de la cuenta del Plan o que vendas las acciones acreditadas a la cuenta del Plan. No puedes ceder ni transferir ningún interés en el Plan antes de que las acciones de acrediten a tu cuenta; sin embargo, puedes vender, transferir, asignar o de otra forma intercambiar las acciones acreditadas a tu cuenta del Plan una vez se hayan acreditado, como cualquier otro accionista de la compañía. No puedes transferir ni asignar la cuenta del Plan a otra persona que no sea un participante elegible del Plan. La compañía no mantiene un gravamen automático ni un derecho real de garantía sobre las acciones mantenidas en la cuenta del Plan, y los términos del Plan no disponen que nadie tenga ni posea la facultad de crear un gravamen sobre las acciones o los fondos acreditados a tu cuenta del Plan; sin embargo, puedes pignorar, hipotecar o tratar con las acciones acreditadas a tus cuentas del Plan, del mismo modo que puedes hacerlo con otras acciones que puedas poseer, sujeto al cumplimiento de nuestra política de "Insider Trading".

DIVIDENDOS Y VOTACIONES

Los dividendos sobre las acciones en tu cuenta se reinvertirán automáticamente en acciones adicionales. Podrás dirigir el voto por cada acción completa que mantengas en la cuenta del Plan, pero no por las acciones fraccionarias. Recibirás, sin costo y tan pronto como sea viable (por correo u otra vía), todas las notificaciones de reuniones, declaraciones de voto por poder ("proxy"), avisos de disponibilidad en Internet de materiales de voto por poder y otros materiales distribuidos por la compañía a sus accionistas. Para ejercer el voto respecto a las acciones en tu cuenta del Plan, es necesario que presentes, de manera oportuna, instrucciones de votación firmadas, también conocidas como instrucciones de voto por poder ("proxy instructions"), según se describe en los materiales de la compañía. Si no provees instrucciones de votación debidamente completadas y firmadas según se describe en los materiales de la compañía sobre el voto por poder, no podrás votar con respecto a asuntos relacionados con la elección de directores, la compensación a ejecutivos y muchos otros asuntos que pueden estar sujetos a votación

PROSPECTO

por los accionistas. Sin embargo, en dichas circunstancias, puedes votar tus acciones de la manera recomendada por la compañía en su declaración de voto por poder o según las directrices del Comité sobre asuntos definidos por la Bolsa de Nueva York como asuntos "de rutina", como la ratificación del nombramiento de los auditores independientes de la compañía, siempre y cuando se cumpla con las leyes pertinentes y las normas de cotización de una bolsa nacional.

CUOTAS Y ESTADOS DE CUENTA

La compañía paga todos los cargos relacionados con la compra de acciones. Por lo general, no se aplicarán cargos por mantenimiento u otras cuotas a tu cuenta del Plan mientras seas empleado de la compañía o una de sus afiliadas (incluso cuando dicha afiliada no sea un Patrono participante). Tendrás que pagar los cargos o comisiones que surjan de otros servicios que solicites a Computershare, como, por ejemplo, las comisiones de corretaje y otros cargos pertinentes a la venta de acciones. Computershare puede avisar si una solicitud particular incurrirá en un cargo. Las cuotas cobradas por Computershare descritas en esta sección están sujetas a cambio periódicamente.

Por lo menos una vez al año, recibirás un estado de la cuenta del Plan que refleja toda la actividad en dicha cuenta durante el periodo especificado en el estado. Puedes optar por recibir los estados de cuenta en línea. Si lo haces, recibirás un correo electrónico informándote que el estado está listo y disponible en computershare.com/walmart. El estado de cuenta anual también incluirá información importante sobre contribuciones. Es muy importante que lo guardes, de manera que puedas ver la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de las acciones que vendes. Necesitarás esta información para la planilla contributiva.

También puedes acceder a la información de tu cuenta en cualquier momento en computershare.com/walmart o con la aplicación Associate Stock. Puedes acceder a la información de tu cuenta por teléfono al **800-438-6278** (personas con problemas auditivos: **800-952-9245**).

Si solicitas estados de cuenta adicionales a Computershare, habrá un cargo de \$5 por cada estado correspondiente a los años previos al año del plan más reciente que haya concluido. Puedes obtener copias gratis en el sitio web computershare.com/walmart.

RIESGOS

Muchos de los riesgos que presenta la participación en el Plan son los mismos que corre cualquier otro accionista de la compañía, en el sentido de que asumes el riesgo de que el valor de las acciones podría aumentar o disminuir. No existen garantías en cuanto al valor de las acciones. Esto significa que asumes el riesgo de las fluctuaciones en el valor o el precio de mercado de las acciones. Nuestro Informe Anual más

reciente presentado a la Comisión de Bolsa y Valores (SEC) en el Formulario 10-K y, según se indica abajo, incorporado por referencia a este Prospecto, trata, así como pueden tratar otros informes nuestros presentados al SEC, ciertos riesgos relacionados con la compañía, sus operaciones y el desempeño financiero que pueden afectar el valor, el precio de mercado y la liquidez de las acciones. La compañía recomienda que revise dicha información al decidir si vas a participar en el Plan, cambiar los términos de tu participación, dar por terminada la participación o efectuar aportaciones voluntarias al Plan.

Si resides fuera de los EE. UU., también asumirás el riesgo de fluctuaciones en las tasas de cambio de moneda. Además, hasta que Computershare aplique tus deducciones de nómina (así como las aportaciones paralelas correspondientes) a la compra de acciones, dichos fondos se consideran activos generales de la compañía o del Patrono participante y, como tal, están sujetas a las reclamaciones de los acreedores de la compañía o del Patrono participante. No se pagarán intereses sobre las aportaciones al Plan.

Entrega de certificados de acciones y ventas de acciones

Computershare te enviará, a solicitud y sin costo, un certificado de acciones en representación de cualquier cantidad de acciones completas acreditadas a tu cuenta del Plan. Las acciones representadas por un certificado ya no serán acreditadas ni relacionadas con ninguna cuenta del plan que tengas vigente y los dividendos pagados sobre esas acciones ya no se reinvertirán en el Plan.

También puedes solicitar que Computershare transfiera todas o una parte de las acciones acreditadas a la cuenta del Plan a tu nombre en el Sistema de Registro Directo. Dicha transferencia significa que mantendrías tus acciones como valores de anotación de valores ("book-entry") y que tu posesión de dichas acciones aparecería en nuestros registros de transferencias de acciones y sería representada por una declaración que evidencie dicha posesión.

Puedes solicitar en cualquier momento que Computershare venda todas o una parte de las acciones (incluidas las acciones fraccionarias) acreditadas a tu cuenta del Plan, ya sea que desees cerrar la cuenta o no.

Se cobrará una comisión de corretaje, así como cualquier otra cuota pertinente, si por alguna razón solicitas que Computershare venda las acciones de tu cuenta del Plan. Las tarifas de la comisión de corretaje o las cuotas serán las publicadas por Computershare ocasionalmente. Estas tarifas están disponibles en Computershare a solicitud. Puedes acceder a una lista de las tarifas de Computershare pertinentes al Plan en computershare.com/walmart. La compañía ha negociado la cantidad de dichas tarifas con Computershare.

PROSPECTO

Si optas por vender las acciones, la venta se hará conforme a una orden de mercado. Aunque el Plan permite que se efectúen ventas de las acciones del Plan mediante órdenes por lote ("batch orders") y dichas ventas han ocurrido en el pasado, las ventas de acciones del Plan ahora se efectúan únicamente con órdenes de mercado. En consecuencia, si solicitas a Computershare la venta de acciones acreditadas a tu cuenta del Plan, Computershare venderá dichas acciones en el mercado libre al mejor precio disponible en este momento. Ten presente que no se garantiza el precio al cual se ejecutará la orden y el último precio de venta de tus acciones antes de la ejecución de la orden de venta no es necesariamente el precio al cual se ejecutará la orden. Ocasionalmente volvemos a comprar las acciones de la compañía en el mercado libre bajo un programa de readquisición de acciones adoptado por nuestra Junta de Directores. En consecuencia, si Computershare vende acciones acreditadas a tu cuenta del Plan en el mercado libre, nosotros podríamos ser los compradores de dichas acciones. Sin embargo, por lo general no sabremos si las acciones que compramos en el mercado libre han sido compradas a ti. Las acciones serán vendidas en cuanto se pueda razonablemente procesar tu solicitud. Por lo general, las órdenes de mercado se ejecutan inmediatamente después de hacerse el pedido. Esperamos que cualquier venta de tus acciones se ejecute en la bolsa de Nueva York (la "NYSE"), pero no necesariamente es así. Si la NYSE está cerrada cuando la orden esté lista para procesar, se procesará tan pronto como sea posible en el próximo día de compra y venta de la NYSE. Las órdenes de venta de acciones del Plan pueden ser ejecutadas por una afiliada de Computershare registrada con la SEC como corredor o agente conforme a la Ley del Mercado de Valores de 1934. La venta de las acciones se efectuará en dólares de EE. UU. Si eres empleado de un Patrono Participante fuera de los EE. UU. y si Computershare así lo dispone para tu país, las ganancias de la venta se pueden convertir a otra moneda, por un cargo, si lo solicitas al momento de solicitar la venta de las acciones. Si las ganancias se convierten a otra moneda, la tasa de cambio utilizada será la tasa de cambio publicada un día laborable justo después del día de la compra en la bolsa, aunque puede que eso no sea factible en algunas circunstancias.

Fin de la participación; cierre de la cuenta

Una vez seas participante del Plan, seguirás siéndolo hasta que elijas cerrar la cuenta del Plan y todas las acciones acreditadas y las ganancias de las ventas se hayan distribuido fuera de la cuenta del Plan, o hasta que todas las acciones y las ganancias de las ventas se hayan distribuido fuera de la cuenta del Plan después de terminado tu empleo con la compañía o con una de sus afiliadas.

Si cancelas tu autorización de deducciones de nómina o si se da por terminado tu empleo con la compañía o con una de sus afiliadas, puedes optar por mantener la cuenta del Plan o puedes cerrarla si se lo indicas a Computershare. En específico:

- Puedes mantener abierta la cuenta del Plan (sin las deducciones semanales o bisemanales y las aportaciones paralelas de la compañía). Si mantienes abierta la cuenta, puedes seguir efectuando aportaciones voluntarias en efectivo y no se cobrarán comisiones de corretaje por la compra de acciones de la compañía. Si dejas de ser empleado de la compañía o de una de sus afiliadas, te cobrarán una cuota anual por mantenimiento de la cuenta. Computershare tiene la opción de cobrar dicha cuota de mantenimiento en plazos trimestrales o en un pago global anual que vence el primer trimestre de cada año calendario, el cual será pagado por medio de la venta de un número apropiado de acciones, o de una fracción de una acción, efectuada por Computershare. (Si te trasladan a una afiliada de la compañía que no es un Patrono participante, la compañía podría continuar pagando la cuota por mantenimiento en tu nombre.)
- Si posees al menos una acción completa, podrías cerrar la cuenta del Plan moviendo las acciones a una cuenta de "accionista general" mantenida por Computershare en tu nombre. Puedes efectuar este cambio ya sea recibiendo todas las acciones completas en forma de certificado con un cheque por cualquier acción fraccionaria que posees, o volviendo a depositar las acciones en la cuenta de accionista general, o Computershare puede transferir las acciones por vía electrónica a tu solicitud. Debes comunicarse con Computershare para obtener más información sobre los cargos relacionados con una cuenta de accionista general.
- Puedes cerrar la cuenta del Plan solicitando la venta de todas las acciones en la cuenta y que te paguen las ganancias directamente o te entreguen certificados por las acciones completas (y efectivo por las fraccionarias). Las ganancias de cualquier venta de acciones completas o fraccionarias será el neto de las comisiones de corretaje, las cuotas por venta y otros cargos pertinentes. La cuenta se cerrará automáticamente si dejas de ser empleado y no hay acciones completas ni fraccionarias en la cuenta.

Si mueres antes de que se cierre la cuenta del Plan, la misma se distribuirá conforme a la documentación legal presentada a Computershare o a tu sucesión, a menos que hayas hecho los arreglos con Computershare anteriormente para mantener las acciones en una cuenta conjunta. En el caso de tener una cuenta conjunta, el titular de la cuenta conjunta puede hacer los arreglos con Computershare para transferir las acciones a una cuenta de accionista general mantenida por Computershare a costo del titular, o puede solicitar que las acciones (o las ganancias por la venta de estas) se distribuya, menos cualquier cargo o comisión aplicable.

PROSPECTO

Si estableciste una cuenta de titularidad conjunta antes del 1 de abril de 2018, puedes contactar a Computershare at **800-438-6278** (personas con problemas auditivos: **800-952-9245**) para retirar a un titular conjunto de tu cuenta.

Enmiendas al Plan y terminación

El Plan no tiene una fecha fija de vencimiento. La Junta de Directores de la compañía, el Comité o cualquier otro comité debidamente designado por la Junta de Directores puede enmendar o cancelar el Plan en cualquier momento. Sin embargo, si la ley o las reglas pertinentes de una bolsa nacional exigen la aprobación de los accionistas en caso de una enmienda, la enmienda estará sujeta a dicha aprobación. Ninguna enmienda o terminación del Plan causará la pérdida de: (1) fondos que hayas aportado al Plan o aportaciones paralelas que la compañía haya hecho y que aún no se hayan utilizado para comprar acciones; (2) acciones (o acciones fraccionarias) acreditadas a tu cuenta del Plan; o (3) dividendos o aportaciones declaradas con respecto a las acciones después de haber efectuado una aportación al Plan pero antes de la fecha en que entra el vigor la enmienda o la terminación.

Información tributaria

El siguiente resumen de las consecuencias tributarias del Plan en los EE. UU. se basa en el Código de Rentas Internas y las regulaciones ahí expuestas en vigor a la fecha de este Prospecto. El resumen no cubre las contribuciones sobre ingresos estatales o locales ni los impuestos en jurisdicciones fuera de los Estados Unidos. Debes consultar con un asesor de impuestos acerca de las consecuencias tributarias particulares antes de comprar acciones del Plan.

COMPRA DE ACCIONES EN EL PLAN DE COMPRA DE ACCIONES

No habrá consecuencias en cuanto a los impuestos federales sobre ingresos cuando te inscribas en el Plan o cuando se compren acciones en tu nombre bajo el Plan de Compra de Acciones, ya sea con deducciones de nómina o aportaciones voluntarias. La cantidad de las deducciones de nómina y de tus aportaciones voluntarias al Plan no son deducibles para efectos de determinar tu ingreso sujeto a impuestos federales. La cantidad de salario que has deducido bajo el Plan y el valor total de las aportaciones paralelas de la compañía son ingresos ordinarios que recibes en el año calendario de la deducción o aportación, según sea el caso, y serán reportados en el talonario de tu cheque de nómina y en el formulario W-2. La compañía deduce todas las retenciones de sueldo pertinentes y otros impuestos requeridos de tu otra compensación (con un aumento de la retención de nómina y otras deducciones contributivas para esos fines) con respecto a la cantidad del salario deducido bajo el Plan y las aportaciones paralelas a tu

cuenta del plan, si las hay. La compañía tiene derecho a una deducción tributaria por la cantidad de la aportación paralela en el mismo año que obtienes el ingreso.

PREMIOS DEL PROGRAMA DE PREMIOS POR DESEMPEÑO SOBRESALIENTE

Los otorgamientos de acciones de la compañía bajo el Programa de Premios por Desempeño Sobresaliente son tributables como ingreso ordinario en el año calendario del premio, independientemente de si te entregan certificados de acciones directamente o se transfieren las acciones a tu cuenta del Plan. Tu ingreso ordinario será el valor de mercado de una acción en la fecha en que se otorga el premio, multiplicado por el número de acciones otorgadas. El valor de mercado de las acciones otorgadas se informará en el formulario W-2. La compañía deducirá las retenciones salariales correspondientes y otros impuestos requeridos de tu otra compensación (con un aumento de la deducción de nómina para esos fines). La compañía tiene derecho a una deducción de impuestos por la misma cantidad y en el mismo año que obtienes el ingreso ordinario.

VENTA DE ACCIONES O DISTRIBUCIÓN EN CERTIFICADOS

No reconocerás ningún ingreso tributable cuando solicites que te entreguen certificados para algunas o todas las acciones mantenidas en la cuenta del Plan. Sin embargo, cuando vendes o de otra forma dispones de las acciones —ya sea mediante Computershare o más adelante cuando hayas recibido los certificados de acciones— la diferencia entre el valor justo de mercado de las acciones al momento de venta y el valor justo de mercado en la fecha en que adquiriste las acciones estará sujeto a contribuciones, como ganancia capital o pérdida. El periodo de tenencia para determinar si la ganancia capital o pérdida es de largo o corto plazo comenzará en la fecha en que adquieres las acciones (es decir, la fecha en que se acreditan a tu cuenta del Plan). La compañía no tendrá deducción alguna como resultado de que dispongas de las acciones y no será responsable del pago de contribuciones sobre ingresos u otros impuestos pagaderos por ti sobre cualquier ganancia que puedas tener por la venta de las acciones de la compañía o relacionados con la transacción de venta.

Información disponible

Para obtener información adicional sobre el Plan o sus administradores, llama a People Services al **800-421-1362** o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al **787-653-1065**. También puedes escribir a:

Walmart People Services
Walmart Inc.
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

PROSPECTO

Puedes contactar a Computershare llamando al **800-438-6278** (800 GET-MART) (personas con problemas auditivos: **800-952-9245**, accediendo a computershare.com/walmart, o por escrito a la dirección que sigue para todo lo relacionado con correspondencia, incluidas las transacciones, solicitudes de certificados de acciones, poderes accionarios, compras voluntarias y cualquier pregunta de servicio al cliente:

Computershare
Attn: Walmart ASPP
P.O. Box 43080
Providence, Rhode Island 02940-3080

Entrega electrónica de prospectos y otros documentos

A fin de reducir los costos de administrar el plan y contribuir a nuestros esfuerzos de sustentabilidad, solicitamos que nos permitas entregar los prospectos y otros documentos relacionados con el plan por vía electrónica y que accedas a los prospectos y documentos que ofrecemos a los participantes del Plan en One.Walmart.com. La inscripción en el Plan constituye un consentimiento de tu parte para recibir o acceder a comunicaciones nuestras sobre el Plan y los prospectos relacionados con la compra de acciones de la compañía bajo el Plan electrónicamente en One.Walmart.com, a menos que elijas específicamente recibir copias impresas de dichas comunicaciones. En cualquier momento después de la inscripción, puedes revocar dicho consentimiento enviando por escrito una revocación del consentimiento para recibir los documentos del Plan electrónicamente al Departamento de Beneficios a la dirección que aparece más adelante. Además, puedes solicitar una copia impresa del prospecto actualizado relacionado con las compras de acciones bajo el Plan y de nuestro Informe Anual más reciente en el Formulario 10-K escribiendo al Departamento de Beneficios y te proporcionarán dichos documentos sin costo alguno.

Documentos incorporados por referencia

Los documentos a continuación, que la compañía presentó a la Comisión de Bolsa y Valores (la "Comisión") (Archivo Núm. 1-6991), por la presente se incorporan por referencia y forman parte de este Prospecto:

- El Informe Anual de la compañía en el formulario 10-K para el año fiscal que finalizó el 31 de enero de 2024;
- Los Informes Trimestrales de la compañía en el formulario 10-Q para los trimestres fiscales que finalizaron el 30 de abril de 2024, el 31 de julio de 2024 y el 31 de octubre de 2024;

- Los Informes Actuales en el formulario 8-K radicados ante la Comisión el 4 de agosto de 2024;
- La Declaración de Voto por Poder definitiva de la compañía para la Reunión Anual de Accionistas del 2024, radicada ante la Comisión el 25 de abril de 2024 y
- El Anejo 99.1 a la Declaración de Registro de la compañía en el formulario S-8 (Archivo Núm. 333-214060).

Todos los documentos radicados por la compañía conforme a las Secciones 13(a), 13(c), 14 y 15(d) de la Ley del Mercado de Valores de 1934 (Securities Exchange Act) en o después de la fecha de este Prospecto se consideran incorporados por referencia a este Prospecto y formarán parte del mismo a partir de la fecha en que se radican dichos documentos, con la excepción de la información ofrecida a la Comisión que no se considera "radicada" para fines de la Ley del Mercado de Valores (dichos documentos, y los antes mencionados, en adelante se denominan "Documentos incorporados"). Cualquier declaración incluida en un Documento incorporado se considerará modificada o sustituida para fines de este Prospecto en la medida que una declaración incluida aquí o en cualquier documento incorporado que se radique posteriormente modifique o sustituya dicha declaración. Ninguna declaración de ese tipo modificada o sustituida se considerará, excepto si su modificación o sustitución lo indica, que constituye parte del prospecto de Sección 10(a) de la compañía relacionado con las compras bajo el Plan de acciones descrito en la portada de este Prospecto. Este documento y los documentos incorporados aquí por referencia constituyen dicho prospecto de la Sección 10(a).

Estos documentos y el Informe Anual a los Accionistas más reciente de la compañía, así como cualquier otro documento cuya entrega al participante es requisito de la Regla 428(b) bajo la Ley de Valores de 1933, según enmendada, están disponibles sin costo a tu solicitud escrita o verbal. Puedes dirigir las solicitudes de documentos a:

Walmart Inc.
Benefits Department
508 SW 8th Street
Bentonville, Arkansas 72716-0295

○ puedes llamar a People Services: **800-421-1362**.

Para más información

SI TIENES PREGUNTAS SOBRE...	CONSIGUE LAS RESPUESTAS AQUÍ		
Cuándo cualificas para recibir beneficios o cómo inscribirte	One.Walmart.com/Benefits Llama a tu representante de Recursos Humanos o a la División de Beneficios de la Oficina Central de PR al 787-653-1065		
Beneficios, reclamaciones médicas o manejo de atención	Llama al número de teléfono que aparece en tu tarjeta de ID del plan médico: 855-830-9887 o 787-945-1348		
Encontrar un proveedor de la red	Llama al número de teléfono del localizador de proveedores que aparece en la tarjeta de ID del plan		
Beneficios médicos	mcs.com.pr 855-830-9887 o 787-945-1348 (TTY/TDD 866-627-8182)		
Beneficios de farmacia	mc-rx.com 855-252-2292		
Beneficios dentales	deltadentalpr.com 855-359-6409		
Seguro por incapacidad a corto plazo	Multinational: 787-764-1279		
Seguro por incapacidad a largo plazo	Lincoln: 888-778-9251		
Seguro de vida patronal	One.Walmart.com/Life		
Seguro de vida opcional para asociados	Prudential: 877-294-7026		
Seguro de vida opcional para dependientes	División de Beneficios de la Oficina Central de PR 787-653-1065		
Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	People Services 800-421-1362		
Seguro por accidentes en viajes de negocios			
Recursos de asistencia a los asociados	<table border="0"> <tr> <td> Help Now One.Walmart.com/HelpNow 855-4HLPNOW (855-445-7669) Lunes a Viernes de 7 a.m. a 7 p.m. CT </td> <td> My Mental Health Resources One.Walmart.com/LyraHealth.com 800-825-3555, disponible 24/7 </td> </tr> </table>	Help Now One.Walmart.com/HelpNow 855-4HLPNOW (855-445-7669) Lunes a Viernes de 7 a.m. a 7 p.m. CT	My Mental Health Resources One.Walmart.com/LyraHealth.com 800-825-3555 , disponible 24/7
Help Now One.Walmart.com/HelpNow 855-4HLPNOW (855-445-7669) Lunes a Viernes de 7 a.m. a 7 p.m. CT	My Mental Health Resources One.Walmart.com/LyraHealth.com 800-825-3555 , disponible 24/7		
Plan 401(k) de Walmart Puerto Rico	One.Walmart.com or Benefits.ml.com Centro de Servicio al Cliente: 888-968-4015		
Plan de Compra de Acciones para Asociados	ComputerShare.com/Walmart or One.Walmart.com/ASPP Computershare: 800-438-6278 (800-952-9245) para personas con discapacidad auditiva)		



