



PROGRAMA DE COMPENSACIÓN DE LESIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON EL NACIMIENTO DE VIRGINIA

DIRECTRICES DEL PROGRAMA (APROBADO EL 13 DE ABRIL, 2004)

Nota importante: Las siguientes directrices sólo resumen los beneficios provistos actualmente para los reclamantes admitidos al Programa y no constituyen una garantía de beneficios. Las compras y los gastos para los reclamantes admitidos deberán ser aprobados previamente por el Programa. Las directrices están sujetas a cambios por la Comisión Directiva del Programa de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de Virginia y por la Asamblea General de Virginia.

Índice

I. Reseña

Propósito del Programa	3
Naturaleza del Programa	3
Financiamiento	4
Gobierno y funcionamiento	4
Pagador de último recurso	5
Seguro primario	5
Revisión médica	6

II. Beneficios

Asesoramiento	6
Enfermera personal y atención asistencial	6
Odontología	9
Terapia	10
Terapia experimental	10
Transporte (camionetas)	10
Equipos	12
Comunicación aumentativa	12
Asistencia con la vivienda	
Propiedad privada	13
Vivienda alquilada	14
Gastos fúnebres	15
Honorarios judiciales	15
Gastos varios	
Transporte	15
Franqueo	16
Teléfonos celulares	16
Pañales	17
Juguetes terapéuticos	17
Otros	17

III. Otros procedimientos

Seguro	18
Reintegro	18
Reclamaciones de reintegro	19
Servicios fuera del área de cobertura	19
Viaje de más de 100 millas	20
Solicitudes de beneficios no incluidos en las directrices	20
Programas experimentales	21
Desacuerdos	22

IV. Apéndice

Legislación actual	Apéndice
--------------------	----------

El Programa de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de Virginia es un ejemplo de una asociación pública-privada que funciona. Provee una amplia gama de beneficios a los niños que satisfacen la definición estatutaria de Virginia de “lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento” y que es dado a luz por un médico o partera, o en un hospital que participa del Programa.

Propósito del Programa

El Programa de lesiones causadas por el nacimiento fue creado por la Asamblea General por dos razones primordiales: (1) proveer beneficios a los reclamantes admitidos de por vida sin tener que acudir al sistema legal por acto ilícito para su recuperación y (2) asegurar que la comunidad médica seguirá proporcionando los servicios obstétricos en Virginia.

Naturaleza del Programa

Dado que el Programa de lesiones causadas por el nacimiento no se preocupa de quién tiene la culpa, no funciona del mismo modo que un procedimiento típico de la corte. Cuando se admite a un niño al Programa no se reserva una suma de dinero definida para las necesidades del reclamante. Al contrario, el Programa funciona de manera muy parecida al seguro de salud de una compañía de seguros y paga los costos aprobados y médicamente necesarios de cada reclamante admitido a medida que surgen. La suma real que gasta el Programa por reclamante admitido varía mucho, dependiendo de las necesidades de cada

niño, otras fuentes de pagos, y otros factores.

Con excepciones, los beneficios del Programa de lesiones causadas por el nacimiento se limitan a los gastos reales y razonables del servicio y atención médica y hospitalaria médicamente necesarios, de rehabilitación, de atención y servicio residencial / de custodia, equipos especiales, instalaciones y transporte correspondientes. Por ley, el Programa de lesiones causadas por el nacimiento es un pagador de último recurso; es decir, paga después que hayan pagado el seguro disponible, los programas gubernamentales, u otras fuentes responsables. Una característica singular del Programa permite el pago de la “pérdida de ingresos” al reclamante admitido cuando llega a la edad de dieciocho años basado en una fórmula descrita en los estatutos de Virginia.

Financiamiento del Programa

El Programa de lesiones causadas por el nacimiento se financia con las contribuciones y honorarios, de montos diversos, cobrados a hospitales con unidades obstétricas, a médicos matriculados que practican obstetricia o proporcionan servicios, incluyendo a enfermeras parteras matriculadas, todos los demás médicos matriculados y compañías de seguros de responsabilidad civil matriculadas y que venden el seguro en Virginia.

Gobierno y funcionamiento

Una Junta Directiva de siete miembros gobierna el Programa y emplea a un Director Ejecutivo. El Gobernador de Virginia nombra a todos los miembros de la

Junta. Los directores son apoyados por un número de otros profesionales para proveer los servicios requeridos a los reclamantes admitidos. La Junta se reúne mensualmente y todas las reuniones están abiertas al público.

Las reclamaciones de compensación del Programa se efectúan ante, y son concedidos por, la Comisión de Compensación de Trabajadores de Virginia. Una vez aprobada una reclamación, el Programa se comunicará y visitará a los padres o prestadores de atención del niño para determinar sus necesidades.

El Programa es un pagador de último recurso

Tal como se indicó anteriormente, el Programa de lesiones causadas por el nacimiento es un “pagador de último recurso”. Deberán ser facturados los seguros primarios y otras fuentes de cobertura por los servicios cubiertos de cada reclamante admitido antes de que se le solicite al Programa el pago de un servicio. Un reclamante admitido que sea elegible para el seguro de salud público u otros servicios que cubre el Programa deberá hacer un esfuerzo de buena fe para inscribirse y recibir los beneficios de estas fuentes (por ejemplo, Medicaid o FAMIS).

Seguro primario

Los servicios médicos que deberán ser previamente certificados, preautorizados, o autorizados por el proveedor del seguro primario del reclamante admitido no podrán ser pagados por el Programa si no ha sido satisfecho el proceso de certificación o autorización de la compañía que ofrece el seguro primario.

Los reclamantes deberán utilizar los proveedores y las instalaciones de la red del seguro primario a menos que el Programa lo autorice de otra manera. El utilizar proveedores o instalaciones fuera de la red o no-participantes podrá resultar en el pago reducido o cancelación del pago de los gastos incurridos.

Revisión médica

El Programa se reserva el derecho de presentar las solicitudes de servicios o equipos a una revisión médica independiente para determinar si la atención es médicamente necesaria o adecuada antes de autorizar el pago.

BENEFICIOS

Aconsejamiento

El Programa pagará el aconsejamiento para los miembros de la familia con respecto a las necesidades de un reclamante admitido. Después del seguro primario, se pagará un máximo de \$1.500 por año calendario para este servicio. Los servicios deberán ser provistos por un asistente social clínico, asesor, psicólogo o psiquiatra matriculado.

Enfermera personal y atención asistencial

A. El Programa pagará la atención de enfermera o la atención asistencial adecuadas médicamente necesarias y razonables según sean recomendadas por escrito por el médico de cabecera del reclamante admitido. El Programa no pagará a un prestador de atención que sea pariente, miembro del hogar u otra

persona importante para el reclamante o un miembro de la familia inmediata del reclamante admitido (padre, madre, tutor/a, hermano/a, tío/a, abuelo/a).

B. El Programa volverá a examinar/consultar periódicamente con profesionales médicos acerca de lo adecuado de la continuación de las horas de atención de las enfermeras.

C. El Programa utiliza agencias de enfermeras cuando están disponibles. Si una agencia no puede proveer la atención, el Director Ejecutivo está autorizado a aprobar otros arreglos.

D. Si no está disponible una agencia de enfermeras, el Programa podrá reintegrar a la familia o tutor del reclamante admitido por prestadores de atención empleados por la familia del reclamante como contratistas independientes previa aprobación del Director Ejecutivo. El Programa reintegrará a las familias de reclamantes admitidos por los impuestos relacionados al empleo, tales como FICA o impuesto de desempleo, al recibir la documentación apropiada del pago de estos impuestos. (Nota: El Programa, sin embargo, desalienta el empleo de personal no asociado con una agencia de enfermeras debido al costo y calidad en temas de atención que la experiencia ha demostrado pueden ocurrir).

E. El Programa no reintegrará a un prestador de atención por más de un turno de 16 horas dentro de un período de 24 horas a menos que exista una

emergencia y no haya disponible ningún otro prestador de atención para cuidar al niño. No se paga el tiempo adicional a menos que esté previamente autorizado por el Programa. El Programa no reintegrará el trabajo de un prestador de atención de tiempo completo por más de 40 horas por semana a menos que sea previamente autorizado por el Programa.

F. El Programa no proveerá una enfermera privada mientras esté internado un reclamante admitido a menos que el médico que lo atiende lo considere médicamente necesario y se provea al Programa una solicitud escrita de una enfermera privada. El Programa pagará por una niñera que no sea miembro de la familia y no tenga experiencia médica, mientras el niño esté internado, si se solicita, y con la autorización previa del Programa y una carta de la necesidad médica por parte del médico que lo atiende.

G. El Programa proveerá enfermeras para acompañar a los reclamantes admitidos durante los horarios escolares siempre que dicha atención sea médicamente necesaria y no pueda estar disponible de otra manera. Esta atención cuenta hacia el total de horas aprobadas de enfermería.

H. El Programa reintegrará los gastos médicamente necesarios del proveedor de atención si no fueron previamente registrados con las autoridades impositivas como deducciones / créditos. Si fueron previamente registrados con las autoridades impositivas como deducciones / créditos, entonces se deberá presentar un informe impositivo enmendado ante las autoridades impositivas y

se deberá proveer al Programa una copia del informe impositivo enmendado antes de que se le reintegren estos gastos a la familia.

I. El Programa no provee pago a los padres o tutores de los reclamantes admitidos por su cuidado del reclamante.

J. El Programa por lo general usa las tarifas de pago de Medicaid dependiendo de la localidad o el estado donde se brinda la atención.

K. Los gastos de viaje asociados con la atención de una enfermera son reintegrables solamente si el viaje es médicamente necesario. No se pagará ningún gasto de viaje de enfermeras o prestadores de atención que acompañen a las familias durante vacaciones u otros viajes no médicamente necesarios.

Odontología

El Programa pagará los costos odontológicos del niño si no están cubiertos por otras fuentes.

(Nota importante – 13 de abril de 2004: La Junta Directiva votó retener la política de Odontología mencionada anteriormente, pendiente la recomendación de una política solicitada a especialistas médicos y odontológicos.)

Terapia

A. El Programa pagará por la terapia que se determine médicamente necesaria y razonable, y por la cual hay un certificado de necesidad médica provisto por el

médico de cabecera del reclamante admitido.

B. El Programa podrá consultar periódicamente a los profesionales médicos apropiados con respecto a la necesidad de continuar varias terapias incluyendo, pero sin limitación, terapia de conducta, física, a caballo y del habla.

C. Terapia experimental: La terapia experimental, terapia musical y otras terapias normalmente no cubiertas por las compañías de seguros de salud serán cubiertas hasta un máximo de \$1.000 por año con la autorización previa del Director Ejecutivo del Programa. Se exigirá una carta de necesidad médica provista por el médico de cabecera del reclamante admitido.

Transporte - Camionetas

A. El Programa proveerá fondos para la compra de una camioneta cuando sea médicamente necesaria para el transporte de una silla de ruedas. El Programa dispone de opciones de camionetas para las familias del reclamante admitido. El Programa de lesiones causadas por el nacimiento tendrá el embargo preventivo primario sobre el certificado del título de la camioneta, aunque la camioneta esté a nombre de los padres o tutores. El Programa pagará los impuestos al automotor de la camioneta médicamente necesaria y también pagará una cifra igual a la Cuota del Automovilista No Asegurado (Uninsured Motorist Fee), o la prima del seguro de la camioneta, la que sea menor. Otros costos operativos, tales como calcomanías y etiquetas de la ciudad / condado, mantenimiento, reparaciones y neumáticos serán responsabilidad de los padres o tutores. Los

costos de millaje y otros costos de transporte serán reintegrados según se establecen en otra parte de esta política (ver gastos varios). El Programa reintegrará a la familia del reclamante admitido el costo de asegurar elevadores y sujetadores si se incurre un costo adicional por ello y se provee un recibo.

B. Reemplazo de las camionetas: Las camionetas serán reemplazadas aproximadamente a las 100.000 millas. Al determinar el momento de reemplazar la camioneta serán considerados la documentación de la historia del servicio de la camioneta y la condición de la misma.

C. Devolución de las camionetas: En el caso de que una camioneta provista por el Programa ya no sea necesaria para el transporte de un niño, se deberá devolver la camioneta y transferir el título al Programa dentro de los tres meses. La familia podrá comprar la camioneta si se llega a un acuerdo de precio de compra con el Director Ejecutivo del Programa.

D. Todas las camionetas devueltas al Programa deberán estar en buenas condiciones de funcionamiento y pueden aprobar la inspección estatal de Virginia.

Equipo

A. El equipo documentado por el médico del reclamante como médicamente necesario será provisto por el Programa. Dado que hay una amplia gama de equipos que podrán ser provistos, no se hace ningún intento por detallar todos

dichos equipos en estas directrices. Sin embargo, los equipos provistos hasta la fecha incluyen concentradores de oxígeno, aparatos BiPAP, bombas de alimentación, adiestradores de marcha, sillas de ruedas, andadores, aparatos de succión, monitores de apnea, postes para infusión intravenosa, pulsímetros, pelotas de terapia, esterillas de terapia, asientos de auto Gorilla, elevadores de sillas de ruedas, y sujetadores de sillas de ruedas.

B. Todo los equipos médicamente necesarios (a excepción de las camionetas) comprados totalmente por el Programa siguen siendo propiedad del Programa. Dependiendo del tipo de equipo y sus condiciones, se espera que se devuelva el equipo al Programa cuando el niño ya no lo requiera. La familia podrá comprar el equipo si llega a un acuerdo con el Director Ejecutivo sobre el precio de compra. Si el equipo no es comprado totalmente por el Programa no tendrá que ser devuelto al Programa.

Tecnología de comunicación aumentativa

A. El Programa pagará los dispositivos, equipos y el software de computación con la finalidad de ayudar a la comunicación de un reclamante admitido que de otro modo es incapaz de comunicarse verbalmente. El Programa podrá exigir que se complete una evaluación realizada por un consultor de comunicación aumentativa asignado por el Programa para asegurar que se recomiende y/o compre el equipo adecuado.

Para todo los equipos provistos por el Programa, se espera que el reclamante admitido y quienes participen en la atención del reclamante utilicen el equipo como se indica e inviertan el tiempo y esfuerzo necesarios para que el equipo se utilice con éxito.

B. De acuerdo a la política general del Programa sobre la compra de equipos médicamente necesarios, todo el equipo de tecnología de comunicación aumentativa sigue siendo propiedad del Programa. Si por alguna razón el equipo ya no es necesario o no es utilizado por el reclamante admitido, deberá ser devuelto al Programa. El Programa es el “pagador de último recurso”. (Por lo tanto, se deberán agotar todas las medidas para obtener la cobertura a través del seguro primario u otras fuentes antes de que el Programa cubra los servicios de la tecnología aumentativa.)

Asistencia con la compra de vivienda privada:

La autoridad estatutaria de la Junta está relacionada con las asignaciones para las necesidades médicas de los reclamantes admitidos a quienes sirve. Sin embargo, si un reclamante admitido tiene necesidades médicas de vivienda que pueden ser atendidas en la vivienda no alquilada poseída y ocupada actualmente por la familia o tutor del reclamante, la Junta proveerá fondos una vez para la modificación médicamente necesaria, o la construcción de un dormitorio y baño accesibles si dicha modificación o construcción es factible y razonable. Esta modificación o construcción deberá estar dentro de las normas permitidas por el Programa en cuanto a costo, espacio y otros factores antes de

que se autoricen los fondos para un dormitorio y baño accesibles. El administrador de la construcción del Programa u otro profesional calificado determinará la factibilidad de estas modificaciones o la construcción y si en el proyecto contemplado se verán satisfechas las necesidades del reclamante admitido.

Asistencia con vivienda alquilada

A. Si el reclamante vive en una unidad alquilada accesible para no-discapacitados y se muda a una unidad alquilada accesible para discapacitados, el Programa reintegrará la diferencia entre el pago por el alquiler mensual anterior y el costo de la unidad adecuada alquilada accesible para discapacitados de tamaño y calidad semejante basado en el costo por pie cuadrado. Cualquier aumento sustancial de la cobertura en pies cuadrados de la unidad accesible para discapacitados que haya que reintegrar deberá ser atribuible a exigencias médicamente necesarias y no deberá exceder las directrices generales utilizados cuando el Programa construye espacio adicional para un reclamante.

B. La unidad alquilada accesible para discapacitados deberá satisfacer todas las reglamentaciones pertinentes de la Ley para Americanos con Discapacidades (Americans With Disabilities Act [ADA]). Las excepciones al cumplimiento de las reglamentaciones de la ADA deberán ser aprobadas por la Junta Directiva del Programa. Antes de proveer el reintegro, el Programa podrá exigir una certificación de la aptitud para el reclamante y/o el estar de acuerdo

con esta política.

C. El beneficio máximo de alojamiento por vida por reclamante para cualquier beneficio o combinación de beneficios para alojamiento (alquiler y/o construcción) es de \$175.000.

Gastos fúnebres

El Programa pagará un máximo de \$5.000 para los gastos fúnebres y de entierro de un reclamante admitido.

Honorarios jurídicos

La legislación de Virginia autoriza (pero no exige) el pago de los honorarios jurídicos razonables incurridos en el registro inicial de una reclamación para ingresar al Programa, sujeto a la aprobación y asignación de la Comisión.

Gastos varios

A. Transporte: Ante la presentación de los recibos, el Programa reintegrará los pagos por estacionamiento asociados con viajes médicamente necesarios. El Programa reintegrará el millaje documentado para viajes médicamente necesarios según las siguientes tarifas:

1. El millaje será reintegrado al cincuenta (50%) por ciento de la tarifa de millaje de la Commonwealth de Virginia para las camionetas provistas por el Programa. El reintegro de millaje normalmente cubre gasolina y demás costos operativos.

Ya que en este caso el Programa provee la camioneta, el reintegro de millaje del Programa sólo tiene la finalidad de cubrir el costo de la gasolina asociada con el transporte médicamente necesario. El millaje se basa en la distancia desde la casa hasta el lugar de la cita. El Programa podrá exigir la verificación.

2. Para el uso de los vehículos personales, el reintegro se hará según la tarifa prevaleciente pagada por la Commonwealth de Virginia a sus empleados. En la eventualidad de que no se encuentre disponible una camioneta provista por el Programa, la asignación de reintegro de millaje provista sería la asignada para las camionetas compradas por el Programa. Ante la presentación de los recibos, el Programa reintegrará otros gastos de transporte médicamente necesarios de otro modo no reintegrados.

B. Franqueo: El Programa pagará el franqueo de correos para las solicitudes de reintegro presentadas al Programa y para la información exigida por el Programa.

C. Teléfonos celulares: Si el Programa recibe una receta del médico del reclamante admitido de que el teléfono celular es médicamente necesario, el Programa pagará el servicio de emergencia mensual básico. Si no está disponible el *servicio de emergencia* básico, el Programa pagará solamente el servicio mensual básico. Si se requiere la instalación del teléfono celular, el teléfono deberá instalarse en el vehículo en el que se transporta al reclamante admitido (por favor, comuníquese con el Programa para las cifras admisibles

actuales).

D. Pañales: A partir de los tres años, el Programa pagará los pañales para un reclamante admitido cuando se considere médicamente necesario y bajo las directrices normales de reintegro y compra.

E. Juguetes terapéuticos: El Programa proveerá juguetes terapéuticos con la documentación del beneficio terapéutico de los juguetes. Estos juguetes no deberán exceder los \$300 por año calendario. Una vez que el niño ya no tenga necesidad de estos juguetes y si están en buenas condiciones, el Programa tendrá el placer de aceptar su devolución para ser utilizado a fin de abastecer un programa de préstamo. Los juguetes se esterilizarán previo al uso de otras familias.

F. Otros: El Programa podrá pagar otros gastos médicamente necesarios del reclamante admitido según lo determine la Junta Directiva a su discreción. Las solicitudes de servicios médicamente necesarios, etc. que no estén incluidas en las directrices deberán ser enviadas al Director Ejecutivo quien los presentará a la Junta Directiva para su consideración.

Otros procedimientos

A. Seguro: Dado que el Programa es el pagador de último recurso, se le deberá proveer una copia de la póliza del seguro de salud pertinente, si existiera

uno, o una descripción completa de la cobertura pertinente, antes de que los beneficios sean pagados por el Programa. Es la responsabilidad de los padres o tutores buscar beneficios para los cuales es elegible el reclamante admitido. Además, los padres o tutores del reclamante admitido deberán identificar un médico de cabecera.

Los reclamantes deberán utilizar los prestadores y las instalaciones dentro de la red de la compañía que ofrece el seguro primario a menos que el Programa los autorice a hacerlo de otro modo. El utilizar prestadores o instalaciones fuera de la red o no-participantes podrá resultar en una reducción o cancelación del pago de los gastos incurridos.

B. Reintegro: Aunque un reclamante se haya determinado elegible para los beneficios del Programa, los padres o prestadores de atención deberán comunicarse con el Programa antes de comprometerse con la compra de equipos o de incurrir otros gastos para los cuales puedan después buscar reintegro. El no hacerlo podrá arriesgar el reintegro del Programa. En el caso de la atención de emergencia brindada o buscada fuera del horario de atención, la familia del reclamante es responsable por comunicarse con el Programa al siguiente día hábil para la autorización de los servicios que se espera que pague el Programa.

C. Reclamaciones de reintegro: Las reclamaciones de reintegro de los gastos de los prestadores médicos, farmacias, proveedores de equipos, millaje

médicamente necesario, y demás gastos no serán aceptados si se presentan después de un año de la fecha en que fueron incurridos. Todas las solicitudes de reintegro deberán estar acompañadas por la documentación de la necesidad médica y los recibos de los proveedores. Este límite de tiempo no se aplica para los gastos incurridos previos a la aceptación en el Programa. Todas las solicitudes de reintegro de gastos previos al ingreso en el Programa deberán ser presentadas dentro de los dos años de ingreso al Programa.

D. Solicitudes de autorización para obtener servicios fuera del área de cobertura o de la red de su plan de seguro: En el caso de que sea médicamente necesario llevar a un reclamante admitido fuera del área de cobertura de servicio del plan de seguro pertinente del reclamante o de la red de prestación del seguro primario para evaluación, cirugía, etc., deberá asegurarse de si el plan de seguro primario pagará los beneficios y de ser así, qué suma pagará. Después de que esto se haya determinado, se deberá comunicar con el Programa para la autorización antes de solicitar los servicios o el Programa podrá decidir no pagar ningún saldo pendiente de la factura por estos servicios.

Si se encuentra disponible un proveedor dentro de la red para un servicio y se utiliza un proveedor fuera de la red, el Programa sólo reintegrará o pagará una suma igual a lo que el Programa hubiera pagado si se hubiera utilizado un proveedor dentro de la red.

E. Viaje médicamente necesario de más de 100 millas de la residencia

primaria del reclamante: En el caso de que sea médicamente necesario llevar a un reclamante admitido fuera del área de servicio local (más de 100 millas de la residencia primaria del reclamante) para evaluación, cirugía u otra atención médicamente necesaria, deberá asegurarse antes de viajar si los gastos relacionados con el viaje serán reintegrados por el Programa. Si no se obtiene una autorización previa, el Programa podrá no pagar estos gastos relacionados con el viaje.

F. Solicitudes de beneficios no consignados específicamente en las directrices: Estas directrices autorizan al Director Ejecutivo a proveer los beneficios descritos sin someterlos a la aprobación de la Junta excepto en circunstancias excepcionales, y a discreción del Director Ejecutivo. Sin embargo, la Junta entiende que pueden haber programas, equipos, y otros artículos que podrían ser de valor para un reclamante admitido que no están incluidos en estas directrices. Si los padres o tutores sienten que un beneficio no descrito en las directrices sería de valor para el reclamante admitido (el Director Ejecutivo no está autorizado a proveer esos beneficios sin la aprobación de la Junta), los padres o tutores deberán escribir a la Junta por vía del Director Ejecutivo, quien presentará estas solicitudes ante la Junta en su próxima reunión.

Programas experimentales: Cuando se presenta una solicitud de asignación de fondos para participar en un programa experimental, la Junta evaluará la solicitud según los siguientes criterios:

1. El costo general asociado con el programa experimental. El costo para una persona que acompañe al reclamante admitido (de ser necesario); la duración del programa; los beneficios esperados para el reclamante; y la disponibilidad del programa en Virginia, si está ubicado fuera del área de residencia.
2. El informe del médico de cabecera del reclamante admitido en cuanto a la necesidad médica de que el reclamante admitido participe en el programa experimental.
3. Prueba de los resultados de que el programa experimental ha beneficiado a otros pacientes en circunstancias semejantes.
4. La frecuencia y duración esperada del programa experimental solicitado.
5. La continuación del programa será permitido si la evaluación periódica realizada por un médico demuestra que el programa beneficia al reclamante admitido.

La Junta a su discreción podrá considerar otros criterios.

G. Desacuerdos: Podrán surgir desacuerdos acerca de si un servicio o equipo deberá ser pagado por el Programa. Si el Director Ejecutivo no puede solucionar un desacuerdo, entonces la Junta ha instruido al Director Ejecutivo que avise sobre dichas disputas en sus reuniones habituales. Los padres o tutores podrán

presentar una explicación escrita de la disputa y solicitar una resolución de la Junta y/o asistir a la reunión. Si una disputa no es resuelta por la Junta Directiva, se podrá registrar una petición de apelación ante el Secretario de la Comisión de Compensación de Trabajadores de Virginia (Clerk of the Virginia Workers' Compensation Commission), 1000 DMV Drive, Richmond, Virginia 23220.