



# **PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON EL NACIMIENTO, EN EL ESTADO DE VIRGINIA**

## **NORMAS DEL PROGRAMA** **APROBADO EL 14 DE OCTUBRE DE 2008**

**Nota Importante:** Las siguientes normas sólo resumen los beneficios actuales que se proveen a los reclamantes inscritos en el Programa, y estas normas no constituyen una garantía de beneficios. Las compras y los gastos en que incurren los reclamantes inscritos deberán ser aprobados de antemano por el Programa. Las normas están sujetas a cambios por la Junta Directiva del Programa de Compensación por Lesiones Neurológicas, y podrán ser sustituidos por cambios a la ley de Compensación por Lesiones Neurológicas relacionadas con el Nacimiento que legisle la Asamblea General de Virginia.

7501 BOULDERS VIEW DRIVE, SUITE 210, RICHMOND, VA 23225 804-330-2471  
[WWW.VABIRTHINJURY.COM](http://WWW.VABIRTHINJURY.COM)

## Contenido

### I. Resumen

Propósito del Programa	3
Naturaleza del Programa	3
Financiamiento	4
Gobernanza y Funcionamiento	5
Pagador de último recurso	5
Seguro Primario	6
Revisión Médica	6

### II. Beneficios

Consejería	6
Enfermera Personal	7
Servicio Dental	15
Terapia	15
Transporte (furgonetas)	15
Equipo	17
Comunicación aumentativa	18
Asistencia con Vivienda	19
Propiedad privada	19
Alquiler de vivienda	19
Gastos de funeraria	20
Honorarios de Abogado	20
Gastos misceláneos	
Transporte	21
Franqueo	22
Teléfonos celulares	22
Pañales	22
Juguetes de terapia	22
Miscelánea	23

### III. Otros Procedimientos

Seguro	23
Reembolso	24
Reclamos por devolución	24
Servicios fuera del área de cobertura	25
Viaje a más de 100 millas	25
Beneficios no explícitos en la Normativa	26
Tratamiento y terapia experimentales	26
Controversias	32

El Programa de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, en el estado de Virginia, es un ejemplo de una colaboración entre el sector público y el privado que funciona bien. Esta asociación proporciona una amplia gama de beneficios a niños que satisfagan la definición legal de Virginia sobre la “lesión neurológica relacionada con el nacimiento” siempre y cuando el alumbramiento haya sido a cargo de un médico o de una partera, o haya ocurrido en un hospital que participa del Programa.

### **Propósito del Programa**

El Programa de Lesiones Causadas por el Nacimiento fue creado por la Asamblea General con dos motivos primordiales: (1) proveer beneficios a los reclamantes inscritos de por vida sin tener que presentar una demanda por negligencia temeraria para sufragar los costos de recuperación, y (2) asegurar que la comunidad médica continúe proporcionando los servicios de obstetricia en Virginia.

### **Naturaleza del Programa**

Dado a que el Programa por Lesiones Causadas por el Nacimiento no hace determinaciones acerca de responsabilidad legal, el programa no funciona de la misma forma que un procedimiento ordinario de la corte. Cuando se admite a un niño al Programa, no se reserva determinada suma de dinero aparte para las necesidades del reclamante. Al contrario, el Programa funciona de manera muy semejante a la de una compañía de seguro médico, y paga los costos aprobados y médicamente necesarios de cada reclamante inscrito a

medida que los costos surgen. La suma real que paga el Programa por reclamante inscrito varía bastante, dependiendo de las necesidades de cada niño, otras fuentes de pago, y de otros factores.

Salvo en casos excepcionales, los beneficios del Programa de Lesiones Causadas por el Nacimiento se limitan a los gastos reales y razonables por tratamientos médicamente necesarios, gastos de servicio y atención médicos y hospitalarios, servicios de rehabilitación, terapia, enfermería, guardería, residenciales y custodiales, así como gastos de medicamentos, suministros, equipo o instalaciones especiales, viajes relacionados con el tratamiento. Por ley, el Programa de Lesiones Causadas por el Nacimiento es un pagador de último recurso, es decir, el Programa no paga hasta que hayan pagado el seguro disponible, los programas gubernamentales, u otras fuentes responsables. Una característica singular es que se permite el pago por “pérdidas de ganancias” al reclamante inscrito cuando éste llega a la edad de dieciocho años, basado en una fórmula descrita en las leyes de Virginia.

### **Financiamiento del Programa**

El Programa de Lesiones Causadas por el Nacimiento se financia con contribuciones y honorarios, de montos diversos, cobrados a los hospitales con unidades de obstetricia, a los médicos matriculados que ejercen obstetricia o que prestan sus servicios, incluyendo a enfermeras parteras matriculadas, a todos los demás médicos matriculados y a los portadores con licencia de seguro de protección contra la responsabilidad civil y que están comprometidos en forma escrita con la cobertura en el estado de Virginia.

## **Gobernanza y Funcionamiento**

Una Junta Directiva de nueve miembros dirige el Programa y emplea a un Director Ejecutivo. El Gobernador de Virginia nombra a todos los miembros de la Junta Directiva. Los Directores cuentan con el apoyo de un número de otros profesionales para proveer los servicios requeridos por los reclamantes inscritos. La Junta se reúne en forma mensual con aviso al público, salvo que la Junta lo determine de otra forma. Todas las reuniones están abiertas al público.

Los reclamos al Programa por compensación se efectúan ante, y son concedidos por, la Comisión de Compensación de Trabajadores de Virginia. Una vez que se admite un reclamo, el Programa comunicará y visitará a los padres o responsables del cuidado 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”. Cada seguro primario y otras fuentes de cobertura del reclamante inscrito deberán ser facturados para cubrir los servicios antes de que se facture al Programa para el pago de dichos servicios. Un reclamante inscrito que sea elegible para el seguro público de salud u otros servicios que cubre el Programa, deberá hacer un esfuerzo de buena fe para inscribirse y recibir los beneficios de dichas fuentes (por ejemplo, Medicaid o FAMIS).

## **Seguro Primario**

Los servicios médicos que requieren ser certificados y autorizados de antemano, o autorizados por el proveedor de seguro primario del reclamante inscrito, posiblemente no sean pagados por el Programa en caso de que el proceso de certificación o autorización del seguro primario no haya sido satisfactorio.

Los reclamantes deberán utilizar a los proveedores y las instalaciones de la red del seguro primario, a menos que el Programa lo autorice de otra manera. El uso de proveedores o instalaciones que no se encuentran en la red podrá resultar en que no se pague por los gastos incurridos, o que se pague una suma reducida.

## **Revisión Médica**

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

# **BENEFICIOS**

## **Consejería**

El Programa pagará por la consejería para los miembros de la familia relacionado con las necesidades de un reclamante inscrito. Se pagará un máximo de \$1,500 por año calendario por tales servicios, posterior a los pagos efectuados por el seguro primario. Los servicios deberán ser provistos por un trabajador clínico social matriculado, un consejero, un psicólogo, o un

psiquiatra.

### **Enfermera personal y cuidado dedicado**

A. El Programa pagará servicios de enfermera o cuidado dedicado que sean adecuados, razonables y médicamente necesarios, según la recomendación en forma escrita por el médico de cabecera del reclamante inscrito.

B. El Programa revisará y consultará en forma periódica con los profesionales médicos respecto a la continuación apropiada de las horas de la enfermera.

C. El Programa utiliza agencias de enfermeras cuando están disponibles. Todas las agencias de enfermeras que las utiliza el Programa deberán proporcionar a éste copias de sus políticas de empleo respecto a las revisiones de los expedientes de antecedentes penales y búsquedas de ofensores sexuales llevados a cabo sobre sus empleados. Todas las agencias de enfermeras que las utiliza el Programa deberán proporcionar una certificación al Programa por cada empleado que las agencias sitúan para el cuidado del reclamante, lo cual verifica que el mencionado empleado no ha sido condenado por ningún delito señalado como delito obstáculo, conforme a las Secciones 37.2-314, 37.2-416, ó 37.2-506 del Código de Virginia . No se reembolsará a ninguna agencia de enfermeras por las horas que han trabajado sus empleados en caso de que tal certificación no haya sido provista al Programa. Se deberá presentar planillas con firma y fecha y

resúmenes mensuales de la atención con cada solicitud de pago. Si una agencia no puede prestar el servicio, se autoriza que el Director Ejecutivo apruebe otros arreglos.

D. Si no está disponible una agencia de enfermeras, o el padre del reclamante o su tutor legal elige emplear a un familiar o a un tutor legal del reclamante para proveer los servicios de enfermería o guardería recetados y autorizados por el médico de cabecera del reclamante o el médico especialista apropiado que está prestando el tratamiento, el Programa podrá reembolsar al padre o tutor legal de reclamante inscrito por los honorarios de los proveedores de servicio que son empleados por la familia del reclamante en capacidad de contratista independiente o empleado doméstico, según sea el caso, una vez aprobado por el Director Ejecutivo. El programa reembolsará a las familias de los reclamantes inscritos por los impuestos relaciones al empleo, tal como el FICA o impuesto al desempleo, relacionado con la contratación de un contratista independiente, siempre y cuando reciba la documentación apropiada de pago de dichos impuestos. El padre o tutor legal del reclamante deberá proporcionar un certificado al Programa por cada contratista independiente, o empleado doméstico. El padre o tutor legal que contrata los servicios para el reclamante verificará que los mencionados contratistas independientes o empleados domésticos no hayan sido condenados por ningún delito señalado como delito obstáculo conforme a las Secciones 37.2-314, 37.2-416, ó 37.2-506 del Código de Virginia . No se reembolsará a ningún padre o tutor legal por ninguna hora trabajada por un contratista independiente cuyo certificado no se ha proporcionado al

Programa. El padre o tutor legal del reclamante cubrirá los gastos de cualquier cobro por solicitudes relativas al pedido de verificación de antecedentes ante la policía estatal de Virginia. Una vez recibidos el certificado y un recibo de la policía estatal de Virginia, o una copia autenticada del cheque pagado, el Programa reembolsará los cobros por las solicitudes relativas al pedido del contratista independiente, o empleado doméstico que fue contratado. Para tal reembolso, se deberá enviar las planillas con fecha y firma, los recibos de pago con fecha y firma, y los resúmenes mensuales de los servicios con cada pedido de reembolso.

E. El programa no reembolsará a un proveedor de servicios por más de un turno de 16 horas dentro de un periodo de 24 horas, a menos que exista una emergencia y no haya disponible otro proveedor para el reclamante. A menos que el Programa lo haya autorizado con anterioridad, no se reembolsarán las horas extras. Asimismo, no se reembolsará por trabajo de tiempo completo mayor a 40 horas por semana, a menos que el Programa lo haya autorizado con anterioridad.

F. El Programa no proveerá a una enfermera privada en tanto el reclamante inscrito se encuentre hospitalizado, a menos que el médico a cargo lo considere médicamente necesario y se proporcione al Programa una solicitud escrita para una enfermera privada. El Programa, si se solicita, visto la autorización previa y una carta del médico a cargo que indique la necesidad médica, pagará una niñera que no sea miembro de la familia y que no tenga experiencia médica, mientras que el niño se encuentre

hospitalizado.

G. El Programa proveerá de enfermeras o cuidadores para acompañar a los reclamantes inscritos durante los horarios escolares siempre que dichos servicios sean médicamente necesarios y el servicio no esté disponible de otra manera. Estos servicios se incluyen en el total de horas de enfermería que se pueden aprobar.

H. El Programa reembolsará los gastos médicamente necesarios del proveedor de servicios si éstos no fueron previamente declarados como deducciones o créditos ante las autoridades tributarias. Si fueron previamente declarados como deducciones o créditos ante las autoridades tributarias, entonces se deberá presentar un informe de enmienda de impuestos ante las autoridades tributarias y se deberá proveer al Programa una copia del informe de enmienda de impuestos antes de que se le reembolsen los gastos a la familia.

I. El Programa podrá reembolsar gastos por servicios de enfermería y atención personal que sean médicamente necesarios y razonables, que son provistos por un familiar o un tutor legal del reclamante en tanto dichos servicios sean mayores al alcance de las obligaciones de atención al niño y los servicios que normalmente son proporcionados por los miembros de la familia en forma gratuita, y en tanto tales servicios y solicitudes de reembolso se encuentren comprendidos dentro de otras disposiciones aplicables y de lo que se señala a continuación:

1. El familiar o tutor legal que proporciona el servicio ha de tener por lo menos 18 años de edad.
  
2. El padre o tutor legal del reclamante ha de enviar una carta de necesidad médica escrita por el médico de cabecera del reclamante o del médico especialista apropiado que presta el tratamiento, en la cual se establecen el número de horas de atención de enfermera o de cuidado personal que se necesita por día, la evaluación del médico respecto al nivel de cuidado que se requiere, y una certificación que afirma que el posible proveedor de servicio se encuentra debidamente capacitado, calificado, y físicamente capaz de realizar los deberes médicos, domésticos y la atención personal que se requieren. Los servicios médicamente necesarios que serán proporcionados por un familiar o por el tutor legal de un reclamante deberá ser realizado solamente bajo la dirección y el control del médico de cabecera del reclamante o del médico especialista apropiado que presta el tratamiento.
  
3. El padre o el tutor legal del reclamante deberá proporcionar un certificado al Programa por cada proveedor de servicio que el padre o el tutor legal contrate para cuidar al reclamante, el cual deberá verificar que el mencionado proveedor del servicio no ha sido condenado por ningún delito señalado como delito obstáculo conforme a las Secciones 37.2-314, 37.2-416, ó 37.2-506 del

Código de Virginia. No se reembolsará a ningún padre o tutor legal por ninguna hora trabajada por un proveedor de servicios cuyo certificado no se ha proporcionado al Programa. El padre o tutor legal del reclamante cubrirá los gastos de cualquier cobro por solicitudes relacionadas al pedido de verificación de antecedentes ante la policía estatal de Virginia. Una vez recibida la certificación y un recibo de la policía estatal de Virginia, o una copia autenticada del cheque pagado, el Programa reembolsará los cobros por las solicitudes relativas al pedido del proveedor de servicios que fue contratado.

4. Cualquier familiar o tutor legal de un reclamante que proporcione servicios de cuidado debe proveer al Programa un formulario firmado de liberación de responsabilidad civil respecto a cualquier posible daño que se pueda surgir durante el curso de la provisión de los servicios al reclamante.
  
5. Cualquier familiar o tutor legal de un reclamante que elija utilizar los servicios de enfermería o de atención personal que es proporcionado por un familiar o por un tutor legal en lugar de los servicios de enfermería u otros servicios profesionales de cuidado, debe proporcionar al Programa un formulario firmado de liberación de responsabilidad civil respecto a cualquier posible daño que se pueda surgir durante el curso de la prestación del cuidado.

6. Se deberán acompañar a cada solicitud de reembolso planillas firmadas con fecha y hora, recibos de pago firmados con fecha, y resúmenes mensuales del servicio.
7. El Programa no reembolsará costos por servicios de cuidado que los prestan una enfermera u otro profesional del cuidado, cuando sean por las mismas horas que dice haber trabajado un familiar o tutor legal. Las horas de servicio de cuidado que trabajan un familiar o tutor legal de un reclamante no pueden ser utilizadas para complementar las horas de servicios de cuidado por profesionales de cuidado o agencias de enfermeras en la medida en que esas horas excederían el total de horas que son consideradas médicamente necesarias y autorizadas por el Programa.
8. No se reembolsará más de 12 horas durante un periodo de 24 horas por servicios de cuidado provistos por una sola persona familiar o tutor legal de un reclamante.
9. La tarifa de reembolso por servicios de enfermería y atención personal cuando es un familiar o un tutor legal de un reclamante que los preste será la tarifa promedio por hora para un “Asistente de Salud Domiciliario” (combinado de todas las industrias) según el informe del Mercado Laboral de Datos del Estado de Virginia aplicable para las Estadísticas del Área Metropolitana en la

publicación de los datos más reciente que esté disponible. El Programa reembolsará al padre o tutor legal de un reclamante inscrito los impuestos relacionados con el empleo, tal como el FICA o el impuesto al desempleo, que resulta del empleo de dicho padre o tutor legal de un familiar o tutor legal en calidad de proveedor del servicio al reclamante inscrito, conforme se establece en las normas, una vez recibida documentación adecuada de que se han pagado tales impuestos.

10. El Director Ejecutivo del Programa y su personal se reservan el derecho de pedir una revisión del plan de cada enfermera o de atención personal, y/o los pedidos por necesidad médica.

J. El Programa, por lo general, emplea las tarifas de pago que utiliza Medicaid, dependiendo de la localidad o el estado en el que se brinda el servicio.

K. Los gastos de viaje relacionados con los servicios de enfermería son reembolsables solamente si el viaje es médicamente necesario. No se pagará ningún gasto por viaje de enfermeras o proveedores atención personal que acompañen a las familias durante vacaciones u otros viajes que no sean médicamente necesarios. Los gastos de viaje para una enfermera o servicios de atención personal médicamente necesarios durante un viaje también médicamente necesario serán pagados solamente para una persona además del reclamante. Todos los pagos o reembolsos mencionados son efectuados

al padre o tutor legal del niño, y no así al proveedor de servicios.

### **Servicio Dental**

El Programa pagará los costos de servicios dentales para el niño si éstos son médicamente necesarios, si no son de apariencia cosmética y si no están cubiertos por otras fuentes.

### **Terapia**

A. El Programa pagará la terapia que se determine razonable y médicamente necesaria, y para la cual el médico de cabecera del reclamante el o el médico especialista que presta el tratamiento ha emitido una carta de necesidad médica.

B. El Programa podrá consultar en forma periódica con profesionales médicos adecuados sobre la necesidad de continuar varias terapias, las que incluyen mas no se limitan a terapia del comportamiento, terapia física, terapia del habla y equitación.

### **Transporte - Furgonetas**

A. El Programa financiará la compra de una furgoneta cuando sea médicamente necesaria para el transporte de alguien que utilice silla de ruedas. El Programa dispone de opciones de furgonetas para las familias del reclamante inscrito. El Programa de lesiones causadas por el nacimiento se listará en el certificado de propiedad como el deudor respecto al gravamen principal, aunque el título mismo de la camioneta esté a nombre de los

padres o tutores legales. El Programa pagará los impuestos sobre la propiedad privada, así como los impuestos que resulten de la compra inicial de la furgoneta médicamente necesaria. Asimismo pagará una suma igual a la cuota de automovilista no asegurado, o la prima del seguro de la furgoneta, la que sea menor. Otros costos operativos, tales como calcomanías y etiquetas emitidos por el condado o ciudad, el mantenimiento, las reparaciones y los neumáticos serán responsabilidad de los padres o tutores legales. El millaje y otros costos del transporte serán reembolsados según se establece en el apartado correspondiente de este documento (véase gastos misceláneos). El Programa reembolsará a la familia del reclamante inscrito los gastos por la cobertura de la rampa con elevación y sujetadores si es que se incurrió en un gasto adicional y si se proporciona el recibo correspondiente.

B. Reemplazo de la furgoneta: Se reemplazará las furgonetas a eso de las 100,000 millas. Se considerarán la documentación sobre la historia de mantenimiento del vehículo, y su condición al determinar cuándo reemplazar la furgoneta.

C. Devolución de la Furgoneta: En caso de que se deje de utilizar la furgoneta proporcionada por el Programa para transportar al niño, se devolverá el vehículo y se transferirá el título a favor del Programa dentro de los siguientes tres meses. La familia podrá comprar la furgoneta, siempre y cuando se llegue a un acuerdo en el precio de compra con el Director Ejecutivo del Programa.

D. Todas las furgonetas que son devueltas al Programa deberán encontrarse en buenas condiciones de funcionamiento y deberán pasar la inspección estatal de Virginia. En caso de que la furgoneta no se encuentre en buenas condiciones de funcionamiento o no pase la inspección estatal de Virginia, el padre o tutor legal del reclamante, antes de devolver la furgoneta, deberá hacerse cargo y cubrir los gastos de la reparación de todas las fallas técnicas si es que el seguro no cubre dichos gastos.

### **Equipo**

A. El programa proporcionará el equipo que el médico del reclamante indique que es médicamente necesario. Dado que la gama de equipos que pueden ser proporcionados es bastante amplia, no se adjuntará a esta normativa una lista de tales equipos. Sin embargo, los equipos que se proporcionan a la fecha incluyen: concentradores de oxígeno, máquinas BiPAP, bombas de alimentación, adiestradores del paso, sillas de ruedas, asistente para cochecitos, máquinas succionadoras, postes intravenosos, oxímetros de pulso, pelotas para terapia, colchonetas para terapia, asientos “Gorilla” de auto, elevadores de silla de ruedas, y sujetadores de sillas de ruedas.

B. Todos los equipos médicamente necesarios (con excepción de las furgonetas) que fueron comprados por el Programa, siguen siendo de propiedad del Programa. Dependiendo del tipo de equipo y de su condición, se espera que éste sea devuelto al Programa cuando el niño ya no lo utilice.

La familia puede comprar el equipo siempre que se acuerde un precio de compra con el Director Ejecutivo. Si el Programa no compró el equipo en su totalidad, la devolución de éste no es obligatoria.

### **Tecnología Aumentativa de Comunicación**

A. El Programa pagará por los aparatos, equipos, y software de computadora con el propósito de ayudar la comunicación de un reclamante inscrito que de otro modo es incapaz de comunicarse verbalmente. El Programa podrá pedir que se realice una evaluación por un asesor asignado del Programa en comunicación aumentativa para verificar la recomendación y/o compra del equipo adecuado.

Para todos los equipos que son proporcionados por el Programa, se espera que el reclamante y las personas que se dedican a su cuidado den el uso adecuado al equipo y se tomen el tiempo y los esfuerzos necesarios para que el equipo sea utilizado eficientemente.

B. De acuerdo a la política general del Programa sobre la compra de equipos médicamente necesarios, todo el equipo de tecnología aumentativa de comunicación sigue siendo la propiedad del Programa. Si por algún motivo el reclamante inscrito ya no utiliza el equipo, éste deberá devolverlo al Programa. El Programa es el “pagador de último recurso”. (Por lo tanto, se deberán agotar todos los recursos de cobertura a través del seguro primario u otras fuentes antes de que el Programa cubra los servicios de tecnología aumentativa).

### **Asistencia para la vivienda de propiedad privada:**

Corresponde a la autoridad legal de la Directiva reconocer las necesidades médicas de los reclamantes inscritos a quienes sirve. Sin embargo, si un reclamante inscrito tiene necesidades de vivienda médicamente necesarios que pueden ser atendidas en la vivienda no alquilada, actualmente ocupada y de propiedad de la familia o tutor del reclamante inscrito, la Directiva proporcionará por una sola vez fondos para la modificación que sea médicamente necesaria o para la construcción de una habitación y un baño accesibles, siempre que tal modificación y construcción sean factibles y razonables. Esta modificación o construcción deberán realizarse 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 construcción del Programa u otro profesional calificado determinarán la factibilidad de tales modificaciones o construcción y si, con el proyecto contemplado, se verán satisfechas las necesidades del reclamante inscrito.

### **Asistencia a inquilinos**

A. Si el reclamante vive en una unidad alquilada no apta para discapacitados y se traslada a una unidad alquilada accesible para discapacitados, el Programa reembolsará la diferencia entre la suma de alquiler mensual que pagaba anteriormente y el costo de la unidad alquilada accesible para discapacitados, de tamaño y calidad semejante, con base en el costo por pie cuadrado. Cualquier aumento sustancial en la extensión de

pies cuadrados de la unidad accesible para discapacitados que se tenga que reembolsar deberá ser atribuible a exigencias médicamente necesarias y no deberá exceder las normativas generales que el Programa utiliza para construcciones de espacios adicionales para un reclamante.

B. La unidad alquilada accesible para discapacitados deberá cumplir con todas las normativas aplicables a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans With Disabilities Act). La Junta Directiva del Programa deberá aprobar las excepciones al cumplimiento de las normativas de dicha Ley. El Programa, antes de proporcionar el reembolso, podrá pedir un certificado de la adaptabilidad de la unidad alquilada para el reclamante y/o el cumplimiento con esta normativa.

C. El beneficio máximo de por vida para la vivienda por cada reclamante, cualesquiera que sea o cuando se trate de una combinación de beneficios de vivienda (alquiler y/o construcción) es hasta \$175,000.

### **Gastos de funeraria**

El Programa pagará un máximo de \$5,000 por concepto de gastos fúnebres y sepelio por un reclamante inscrito.

### **Honorarios de abogado**

Sujeto a la aprobación y el consentimiento de parte de la Comisión, la ley de Virginia autoriza el pago de los honorarios razonables de abogado que se incurran para los trámites de la solicitud inicial de un reclamo para ingresar al

Programa.

### **Gastos misceláneos**

A. **Transporte:** Bajo presentación de recibos, el Programa reembolsará los gastos por el parqueo relativo a viajes que son médicamente necesarios. El Programa reembolsará por las millas documentadas en viajes que sean médicamente necesarios, según las siguientes tarifas:

1. El millaje será reembolsado al cincuenta (50%) por ciento de la tarifa de millaje de los Servicios de Renta Interna de los Estados Unidos (U.S. Internal Revenue Service) para furgonetas proporcionadas por el Programa. El reembolso del millaje normalmente cubre los gastos de gasolina y otros costos operativos. Dado que el Programa proporciona la furgoneta en este caso, el reembolso por el millaje que otorgará el Programa, sólo tiene la finalidad de cubrir el costo por la gasolina relacionada con el transporte médicamente necesario. El millaje se basa en la distancia del domicilio hacia el lugar de la cita. El programa podrá pedir verificación de ello.

2. Para el uso de vehículos personales, el reembolso se efectuará en base a la tarifa de millaje de los Servicios de Renta Interna. En caso de que no se disponga de una furgoneta provista por el Programa, el reembolso permitido de millaje proporcionado sería aquél autorizado para la compra de furgonetas por el Programa. El Programa, con la presentación de recibos, reembolsará otros gastos de transporte médicamente necesario que no hayan sido anteriormente reembolsados.

**B. Franqueo:** El Programa pagará el franqueo de correos por las solicitudes de reembolso hechas al Programa y por aquella información pedida por el Programa.

**C. Teléfonos Celulares:** Si el Programa recibe una receta del médico de cabecera del reclamante inscrito o del médico especialista que le presta tratamiento indicando que existe la necesidad médica de un teléfono celular, el Programa pagará por el servicio mensual de emergencia. Si no se dispone de un *servicio de emergencia*, el Programa pagará solamente por servicio mensual básico. Si se necesita la instalación de un teléfono celular, el teléfono deberá ser instalado en el vehículo en el que se transporta al reclamante inscrito (Por favor comuníquese con el Programa para averiguar las sumas que actualmente están disponibles).

**D. Pañales:** A partir de los tres años de edad, el Programa pagará por los pañales de un reclamante inscrito cuando se considere médicamente necesario y de acuerdo a las normativas de compra del Programa. Si el padre o tutor legal de un reclamante inscrito no cuenta con los recibos por el periodo de tiempo durante los tres años de edad del niño, y la fecha de admisión al Programa, el padre o tutor legal podrá presentar la solicitud de reembolso acompañando la receta médica y recibirá el reembolso en base a la tarifa de reembolso de Medicaid.

**E. Juguetes de Terapia:** El Programa proporcionará juguetes de terapia

con la documentación del beneficio de terapia del juguete(s). Estos juguetes no deberán exceder de la suma de \$300 por año calendario. Una vez que el niño ya no tiene necesidad de estos juguetes y siempre que ellos se encuentren en buen estado, el Programa con gusto aceptará la devolución de éstos para utilizarlos en el abastecimiento de un programa de préstamos. Los juguetes serán esterilizados antes de ser utilizados por otras familias.

**F. Miscelánea:** El Programa podrá pagar otros gastos médicamente necesarios del reclamante inscrito según lo determine la Junta Directiva a su discreción. Las solicitudes por servicios médicamente necesarios que no se encuentran listadas en esta Normativa, deberán ser enviadas al Director Ejecutivo quien las presentará ante la Junta Directiva para su consideración.

### **Otros Procedimientos**

**A. Seguro:** Dado a que el Programa es pagador de último recurso, antes de que dicho programa pague los beneficios, se deberá presentar ante el mismo una copia de la póliza del seguro médico, si es que existe, o una descripción completa de la cobertura que aplique. Es la responsabilidad de los padres o tutores legales localizar los beneficios a los cuales el reclamante inscrito tiene derecho. Más aún, los padres o tutores legales del reclamante inscrito deberán localizar a un médico de cabecera.

A menos que el Programa lo autorice de otra manera, los reclamantes deberán utilizar a los proveedores y las localidades que participen de la red de su seguro primario. El uso de proveedores e instalaciones que no

participan de la red podrá ocasionar que el Programa no pague, no reembolse o sólo pague una parte de los gastos incurridos.

**B. Reembolso:** A pesar de una determinación de que el reclamante es elegible para los beneficios del Programa, los padres o proveedores del cuidado deberán comunicarse con el Programa antes de realizar la compra de un equipo o antes de incurrir en otros gastos para los cuales soliciten el reembolso. El incumplimiento pondrá en riesgo el reembolso por el Programa. Cuando se trate de la prestación de servicios de emergencia o aquellos realizados fuera de horas de atención, la familia del reclamante es responsable de comunicarse con el Programa el siguiente día hábil para obtener la autorización de los servicios que esperan sean pagados por el Programa.

**C. Reclamos por devolución:** Los reclamos de reembolso por gastos de proveedores médicos, farmacias, proveedores de equipo, millaje médicamente necesario, u otros gastos no serán aceptados si se los presenta después de un año a la fecha en la que se incurrió en el gasto. Todas las solicitudes de reembolso deberán estar acompañadas de la documentación de necesidad médica y de los recibos emitidos por los proveedores. Este límite de tiempo no aplica a aquellos gastos incurridos antes de la admisión al Programa. Todas las solicitudes de reembolso por gastos incurridos antes de ingresar al Programa deberán ser enviadas dentro de los dos años de ingreso al Programa.

**D. Solicitudes de autorización de servicios fuera del área o red que cubre su plan de seguro:** En el caso de que sea médicamente necesario llevar a un reclamante inscrito fuera del área de cobertura de servicio del plan de seguro que aplica o de la red de proveedores del seguro primario, para una evaluación, cirugía, etc., se deberá precisar si el plan del seguro primario pagará los beneficios y, de ser así, la suma que éste pagará. Una vez que eso se haya determinado, deberán comunicarse con el Programa para obtener autorización antes de localizar los servicios; caso contrario, el Programa podrá resolver no pagar el saldo restante de la factura por tales servicios.

Si un proveedor dentro de la red se encuentra disponible para prestar un servicio, y se utiliza un proveedor fuera de la red, el Programa reembolsará o pagará solamente la suma equivalente a lo que el Programa habría pagado si se hubiera utilizado un proveedor dentro de la red.

**E. Viaje médicamente necesario a más de 100 millas del domicilio principal del reclamante:** En caso de ser médicamente necesario trasladar a un reclamante inscrito fuera del servicio local (a más de 100 millas del domicilio principal del reclamante) para una evaluación, cirugía, u otra atención médicamente necesario, deberá precisarse antes del viaje si es que los gastos relacionados con el traslado será reembolsados por el Programa. Si no se obtiene la autorización previa, es posible que el Programa no pague dichos gastos relacionados con el viaje.

**F. Solicitudes de beneficios que no están incluidos explícitamente en esta normativa:** La presente normativa autoriza que el Director Ejecutivo proporcione los beneficios descritos sin necesidad de remitirse a la Junta, salvo en circunstancias excepcionales y a discreción del Director Ejecutivo. Sin embargo, la Junta entiende que podría haber programas, equipos, u otros artículos, que podrían ser de valor para un reclamante inscrito y que no se incluyen en la presente Normativa. Si los padres o tutores legales creen que un beneficio no descrito en esta Normativa podría ser de valor para un reclamante inscrito (el Director Ejecutivo no está autorizado para proporcionar tales beneficio sin la autorización de la Junta), los padres o tutores legales deberán dirigirse en forma escrita a la Directiva mediante el Director Ejecutivo, quien presentará tales solicitudes a la Junta en su siguiente reunión.

**Tratamiento y terapia experimentales:**

Los tratamientos o la terapia experimentales que el seguro médico normalmente no cubre, lo cual incluye mas no se limita a la educación conductiva, podrá ser cubierto hasta un máximo de \$6,000.00 por año, en combinación y con autorización escrita de antemano del Director Ejecutivo. La Junta Directiva reconoce que tales terapias o tratamientos pueden ser útiles para algunos reclamantes del Programa; por lo tanto, otorga este beneficio discrecional sobre la base de caso por caso. Dado que este beneficio no es otorgado expresamente por la Ley de Compensación por Daños Neurológicos relativos al Nacimiento, no existe garantía alguna de la

cobertura para un tratamiento o terapia experimental. Este beneficio discrecional puede ser suspendido en cualquier momento, especialmente si tal suspensión es autorizada por las obligaciones fiduciarias de la Junta Directiva que quedan establecidas en la Sección 38.2-5016(F) del Código de Virginia. Posterior a la suspensión, los mentados beneficios que fueron otorgados conforme a esta póliza terminarán en forma inmediata y ningún reclamante contará con recurso alguno o fundamento alguno para interponer un reclamo para reiniciar los mentados beneficios en el futuro conforme a esta póliza.

(Nota: Esta disposición sustituye al documento de Normativa Administrativa Interna relacionado a la Educación Conductiva y a la Terapia Física Intensa, la última revisión del cual fue publicada por la Junta Directiva en 8 de mayo de 2007).

Se deberá presentar una solicitud de autorización por escrito al Programa, de acuerdo al siguiente proceso:

A. El Programa deberá recibir una carta de necesidad médica de parte del médico de cabecera, neurólogo, u otro médico especialista que presta el tratamiento al reclamante, y que además trata normalmente a pacientes con parálisis cerebral. No se aceptará una carta de necesidad médica proveniente de un terapeuta físico.

B. El programa deberá recibir la carta de necesidad médica en sus oficinas por lo menos 60 días antes del comienzo el tratamiento deseado.

C. Se deberá adjuntar a la solicitud prueba de que el seguro primario u otros pagadores cubrirán determinada porción del costo.

D. A discreción del Programa, todas las solicitudes para tratamientos o terapias experimentales podrán ser revisadas para verificar la necesidad médica por un médico competente imparcial.

E. Todas las disposiciones de otros Programas relativas a terapias, incluyendo la política de viajes, son aplicables a los tratamientos o terapias experimentales que sean autorizados. Éstos incluyen, pero no se limitan a:

1. Pago por viaje, estadía y alimentación calculado por día en base a tarifas actuales del Estado de Virginia;
2. Se deberá obtener autorización de antemano para viajes que no sean mediante auto o furgoneta.

F. El reclamante deberá obtener la autorización escrita del Programa antes de solicitar cualquier pago o reembolso al Programa.

G. El costo total combinado para tratamientos o terapias experimentales, equipo relacionado, y gastos por viajes durante cualquier año calendario no deberá ser mayor a \$6,000.00.

H. Cuando se sigue un tratamiento de terapia experimental, la entidad que facilita el tratamiento deberá proporcionar al Programa un informe completo y exhaustivo, dentro de los 60 días de haber culminado la terapia.

I. El Programa no autorizará ningún tratamiento o sesión posterior hasta que se reciba el referido informe. La recepción de tales informes no garantiza que se autorizarán futuros tratamientos.

J. El Programa podrá solicitar una evaluación independiente de los progresos a un médico calificado antes de otorgar cualquier autorización para tratamientos siguientes. Si el seguro del reclamante no cubre tal evaluación, el Programa pagará la misma en base a tarifas tradicionales y regulares. Si el Programa paga la evaluación, dicho monto no será considerado como parte del costo del tratamiento.

Se deberá recurrir a un proveedor local calificado para la terapia experimental o para el tratamiento solicitado a menos que el Programa conceda una excepción para recurrir a un proveedor específico.

K. No se autorizará a petición inicial más de 100 horas para cualquier tipo de terapia o tratamiento propuesto. Se podrá otorgar autorización adicional solamente una vez que se sigan los procedimientos citados en el párrafo H, correspondiente a la sección de terapia experimental dentro de esta Normativa.

L. A menos que un médico especialista apto para el tratamiento presente una carta al Programa sobre la necesidad médica de prolongar sesiones de terapia por más de dos horas al día, el Programa no proporcionará enfermeras, asistentes certificadas de enfermeras u otro tipo de personal de apoyo.

Para determinar si se otorgará o no la autorización para terapia o tratamiento experimentales, el Programa considerará, incluyendo pero no limitado a, lo siguiente:

1. El costo total relacionado con el tratamiento experimental o terapia. El costo por una persona que acompañe al reclamante, en caso de determinar que es médicamente necesario el médico que presta el tratamiento; la duración del Programa; los beneficios esperados para el reclamante; y la disponibilidad del programa experimental en el estado de Virginia.

2. El informe del médico que presta el tratamiento al reclamante respecto a la necesidad médica para que el reclamante participe en el programa experimental.
3. Si es que existe prueba médicamente reconocida de los resultados de que el tratamiento experimental o terapia ha sido de beneficio a otros pacientes en circunstancias semejantes.
4. La frecuencia y duración que se espera del tratamiento experimental o de la terapia solicitada.
5. El Programa podrá pedir revisiones médicas a un tercero para evaluar el logro potencial, la seguridad, y/o los resultados del tratamiento experimental o terapia.

El Programa anima que las familias busquen ensayos clínicos que se llevan a cabo en instalaciones médicas acreditadas, facultades universitarias de medicina, u otras instalaciones u organizaciones altamente reconocidas y médicamente aceptadas para ayudar a establecer la eficacia médica de los tratamientos o terapias experimentales.

**G. Controversias:** Puede que surjan disputas relacionadas a la determinación de si o no el Programa deberá pagar o un servicio o una pieza del equipo, o si el Programa deberá reembolsar los costos del mismo. En tal caso, si el Programa y el Director Ejecutivo no pueden hacer una determinación respecto a un reclamo, o no pueden resolver una controversia, entonces la Junta autoriza al Director Ejecutivo a que incluya tal solicitud del reclamante en la Agenda para ser considerada y resuelta por la Junta en su próxima reunión ordinaria., Dentro del plazo de 30 días de recibir de parte del personal del Programa o del Director Ejecutivo la negativa a un reclamo en forma escrita, los padres o tutores legales podrán enviar una explicación escrita sobre los asuntos controvertidos, proporcionar la documentación que respalda la solicitud y demostrar que se siguieron los procedimientos para enviar los reclamos conforme a las Normativas del Programa, y pedir que la Junta tome una decisión favorable respecto al reclamo en su próxima reunión ordinaria. Los padres o tutores legales, además de enviar los documentos en forma escrita al Programa, pueden también asistir a la reunión de la Junta para plantear su solicitud y para presentar la documentación en apoyo a sus pedidos. Si la Junta Directiva no resuelve la disputa, se puede interponer un recurso de apelación a través del funcionario de la Comisión de Compensación a Trabajadores del Estado de Virginia, a la dirección 1000 DMV Drive, Richmond, Virginia 23220, dentro de 30 días de recibir la decisión desestimatoria de la Junta Directiva mediante notificación escrita.