

# MANUAL DE BENEFICIOS

Aprobado el 25 de agosto de 2022



SERVICIOS DE APOYO PARA  
FAMILIAS Y MÉDICOS

# ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>Beneficios</b> .....	<b>3</b>
Solicitud de Reclamaciones de reembolso o beneficios.....	4
Subsidio inicial a los padres.....	4
Cuidado de enfermería .....	4
Atención de enfermería proporcionada en el hogar por el padre/madre o tutor legal:.....	5
Atención durante la hospitalización: .....	5
Enfermería profesional o atención de asistente proporcionada en el hogar: .....	5
Atención de enfermería proporcionada antes de la entrada al programa NICA: .....	5
Atención residencial de custodia: .....	6
Tratamiento médico .....	6
Tratamiento dental .....	6
Medicamentos con receta.....	6
Pólizas y primas de seguros .....	6
Primas de seguros .....	6
Terapia.....	7
Servicios de salud mental .....	7
Equipamiento.....	8
Estipendio de electricidad .....	8
Suministros .....	8
Productos nutricionales especializados .....	10
Beneficio especial anual.....	10
Transporte y viajes.....	10
Transporte confiable.....	10
Reembolso de viaje .....	11
Asistencia para la vivienda .....	12
Fondo de apoyo al duelo .....	12
Tutela.....	12
Programas o equipos experimentales .....	12
Beneficios no abordados específicamente .....	12
<b>Procedimientos</b> .....	<b>13</b>
Autorización para obtener servicios fuera del área cubierta de su plan de seguro o fuera del estado.....	13
Desacuerdos, negación de beneficios.....	13
<b>Acuerdo de furgoneta</b> .....	<b>14</b>
<b>Ley NICA Secciones 766.301-766.316, Estatutos de Florida</b> .....	<b>17</b>
<b>Información de contacto</b> .....	<b>33</b>
<b>Apéndice A: Equipamiento</b> .....	<b>34</b>
<b>Apéndice B: Suministros</b> .....	<b>35</b>

# Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento (aprobado el 25 de agosto de 2022)

## INTRODUCCIÓN

Bienvenido al Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento ("Plan"). Mejor conocido como NICA, el Plan está destinado a proporcionar compensación, sin culpa, por una clase limitada de lesiones catastróficas que resultan en costos inusualmente altos para la rehabilitación y el cuidado de custodia. Con ese fin, el Plan proporciona una amplia gama de beneficios.

Recomendamos encarecidamente a todas las familias que se familiaricen con este Manual de beneficios, que ofrece una guía clara sobre los posibles beneficios disponibles en el Plan NICA. Como resultado de los cambios legislativos realizados por la Legislatura de Florida en 2021, el Plan NICA ofrece varios beneficios adicionales y mejorados que todas las familias deben revisar y familiarizarse con ellos.

El propósito de este Manual de beneficios es brindar información simple y directa sobre los beneficios disponibles de NICA y cómo las familias pueden solicitar esos beneficios. Sin embargo, este Manual de beneficios es una guía. En última instancia, las actividades de NICA se rigen por las Secciones 766.301-766.316 de los Estatutos de Florida, a veces denominados Estatutos de NICA. Es esencial comprender que el estatuto, no este manual, controla cualquier conflicto entre la información de este Manual de beneficios y la ley misma.

En general, de acuerdo con la ley de Florida, NICA paga los gastos reales "medicamente necesarios y razonables" de un participante, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Atención médica y hospitalaria, atención y capacitación de habilitación, atención residencial o de custodia
- Cuidado y servicio residencial y de custodia profesional
- Medicamentos médicamente necesarios
- Equipos e instalaciones especiales médicamente necesarios; y viajes relacionados

(Ver: Sección 766.31(1)(a), Estatutos de Florida)

Aunque este Manual intenta describir la gama de beneficios disponibles para las familias, NICA también puede pagar otros suministros, equipos o gastos médicamente necesarios, asociados con la afección y las necesidades médicas del participante. Las familias deben presentar los gastos médicamente necesarios que no se aborden de otro modo en este Manual de beneficios para que el administrador de casos de su participante los tome en consideración.

Una familia puede o no ser elegible para los mismos beneficios que otra familia debido a la afección particular, necesidad médica u otra cobertura disponible de cada participante. Sin embargo, NICA se esfuerza por garantizar que todas las familias reciban un trato similar y que todos los gastos razonables y médicamente necesarios estén cubiertos, sujeto a las limitaciones establecidas en la sección 766.31 de los Estatutos de Florida. NICA se reserva el derecho de solicitar una Carta de Necesidad Médica para cualquier beneficio solicitado.

Tenga en cuenta que si bien, dados los cambios legislativos recientes en Florida, NICA se considera a sí misma principal para Medicaid y un tercero para los servicios cubiertos por NICA, seguimos trabajando con AHCA en un plan para coordinar los servicios para garantizar la prestación de servicios sin problemas a nuestros participantes. Hasta que se finalice ese plan, las familias participantes no deben cambiar la forma en que obtienen los servicios de sus prestadores. Una vez que el plan de transición esté completo, se comunicará a las familias junto con cualquier proceso nuevo. Sin embargo, si una familia tiene algún problema para obtener los servicios de Medicaid, debe comunicarse con su administrador de casos para que NICA pueda proceder a hacer la transición de esos servicios a la financiación de NICA.

## SOLICITUD DE RECLAMACIONES DE REEMBOLSO O BENEFICIOS

Para solicitar un nuevo beneficio, se le puede pedir al padre/madre o tutor de un participante de NICA que proporcione uno o una combinación de lo siguiente:

- Una carta de necesidad médica del médico que prescribe o prestador de atención médica calificado y licenciado apropiado y/o terapeuta licenciado
- Una explicación de beneficios (EOB) o denegación de cobertura de su compañía de seguros
- Un recibo u otro comprobante de compra o dirección para pagarle el reembolso a usted o al prestador directamente
- Una explicación por escrito del padre/madre o tutor de por qué el beneficio es lo mejor para el participante y cómo se relaciona con su lesión de nacimiento.

Consulte las descripciones de los beneficios individuales que siguen y que detallan la documentación necesaria para cada tipo de beneficio. Si necesita ayuda con lo que debe incluirse en la carta de necesidad médica u orientación sobre lo que se necesita, comuníquese con su enfermero administrador de casos.

Tenga en cuenta que NICA está sujeta a la supervisión y responsabilidad de muchas agencias e instituciones gubernamentales. Como tal, NICA debe poder demostrar la exactitud y legalidad de todos los pagos a las familias a través de los documentos solicitados y los pagos asociados.

NICA cumplirá con las solicitudes de reembolso de gastos de prestadores médicos y farmacias presentadas dentro de los cuatro años (de conformidad con la Sección 95.11(3)(f) de los Estatutos de Florida) a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto si la solicitud va acompañada de documentación de necesidad médica y factura o recibos del prestador. Este límite de tiempo no se aplica a los gastos incurridos antes de la aceptación del participante en el programa NICA. El reembolso se pagará de manera oportuna y se le notificará por escrito si se niega un beneficio o si NICA no tiene suficiente información o documentación para pagar el beneficio.

## SUBSIDIO INICIAL A LOS PADRES

A partir del 1 de enero de 2021, los padres o tutores legales de un participante de NICA tienen derecho a un subsidio que no exceda los \$250,000. Cada año posterior a 2021, el monto del subsidio a los padres para las nuevas familias que se unan al programa aumentará en un 3 por ciento anual.

## CUIDADO DE ENFERMERÍA

La mayoría de los participantes de NICA necesitarán cierto nivel de enfermería profesional o atención de asistente durante su vida. Muchas familias optan por quedarse en casa y brindar atención a su participante, mientras que otras familias prefieren contratar servicios profesionales de enfermería o atención de asistentes. Ambas opciones están disponibles a su discreción para familias que reúnen los requisitos. El nivel de atención de enfermería y el monto pagado por dicha atención pueden variar de una familia a otra, según lo dicten las necesidades médicas únicas de cada participante y las habilidades del cuidador.

Para que NICA pague la atención de enfermería de un participante, su administrador de casos enviará un Formulario de enfermería para pacientes y cuidadores (PNCF) a un médico que brinda atención para que el participante lo complete. Este formulario es lo que NICA utilizará para autorizar la cantidad y el tipo de atención disponible. El formulario identifica la cantidad de horas de atención requeridas y el nivel de atención para esas horas (es decir, CNA, LPN o RN o asistente de enfermería certificado, enfermero práctico licenciado o enfermero registrado). NICA puede realizar periódicamente una revisión con profesionales médicos para evaluar las necesidades continuas y, a veces, en evolución del participante a lo largo del tiempo.

Si corresponde, NICA también puede solicitar información de su plan de seguro con respecto a la cobertura de atención de enfermería que brinda. Su administrador de casos puede ayudarlo con este proceso.

## **Atención de enfermería proporcionada en el hogar por el padre/madre o tutor legal:**

Cuando se requiere atención profesional de enfermería o asistente, NICA puede reembolsar a un padre/madre o tutor legal por la atención de custodia residencial médicamente necesaria y razonable según se documenta en el PNCF. Esto sería como una alternativa o además de pagar la atención de enfermería profesional u otros asistentes profesionales.

## **Para participantes nacidos a partir del 7 de junio de 2002:**

El reembolso está sujeto a las limitaciones especificadas en las Secciones 766.302(10) y 766.31 de los Estatutos de Florida. Estas secciones especifican que NICA puede reembolsar a un padre/madre o tutor legal por hasta 10 horas de cuidado familiar residencial o de custodia que brinden directamente al participante dentro de un período de 24 horas. Si se autorizan más de 10 horas, se puede reembolsar a otros cuidadores por el cuidado autorizado y proporcionado en exceso de 10 horas. NICA no reembolsa ninguna hora cuando el participante está en la escuela o PPEC (Atención prolongada pediátrica prescrita).

Si un participante requiere más de 10 horas de atención y si el padre/madre es considerado un profesional médico (p. ej., CNA, LPN, RN), no se aplica el límite de 10 horas. Se puede reembolsar a un padre/madre según su nivel de licencia (a la tarifa de Medicaid de Florida) por las horas de atención que se consideren médicamente necesarias y proporcionadas por el padre/madre. Por ejemplo, si el padre/madre es un LPN y el PNCF autoriza 12 horas de atención de CNA y 12 horas de atención de LPN, y el padre/madre proporciona las 24 horas de atención, ese padre/madre recibirá un reembolso por 12 horas a la [tarifa de CNA](#) y 12 horas a la [tarifa de LPN](#).

## **Para los participantes de NICA nacidos antes del 7 de junio de 2002:**

El reembolso está sujeto a las limitaciones especificadas en el Acuerdo de conciliación de demanda colectiva y el Fallo y orden definitivos que aprueban el Acuerdo de conciliación de demanda colectiva (disponible en [nica.com](#)). Para estas familias, NICA puede reembolsar a un padre/madre o tutor legal hasta 20 horas por día por su cuidado proporcionado directamente al participante. Si otros cuidadores están involucrados en el cuidado, el límite combinado es de 20 horas por día. También se descuentan las horas de clase. Si un padre/madre o tutor cuida directamente al participante y es un cuidador profesional licenciado (por ejemplo, asistente de enfermería certificado, enfermero práctico licenciado o enfermero registrado), se le puede pagar al cuidador hasta 24 horas por día. Las tarifas de pago se basan en el nivel de licencia del padre/madre o tutor y la cantidad de horas autorizadas por el médico.

## **Atención durante la hospitalización:**

Si un participante de NICA es hospitalizado y el padre/madre o tutor legal debe permanecer con él o ella mientras está en el hospital, NICA reembolsará al padre/madre o tutor legal hasta 24 horas por día a su tarifa típica de pago, incluido el día de admisión y el día de alta. Este cambio es efectivo a partir del 1 de enero de 2021.

## **Enfermería profesional o atención de asistente proporcionada en el hogar:**

Si lo recomienda un médico, NICA reembolsará a las familias por la atención profesional de enfermería o asistente médicamente necesaria y razonable proporcionada al participante. NICA reembolsará directamente a una agencia prestadora u otro cuidador calificado, según lo prefiera el padre/madre o tutor legal. Los padres también pueden recibir un reembolso cuando un cuidador externo pierde un turno y uno de los padres debe brindar parte del cuidado, sujeto a proporcionar documentación a NICA de los turnos perdidos.

Para solicitar este beneficio, un padre/madre o tutor legal puede comunicarse con su enfermero administrador de casos. El administrador de casos solicitará información de pago para la persona o agencia de enfermería que el padre/madre desea que cuide al participante.

## **Atención de enfermería proporcionada antes de la entrada al programa NICA:**

La atención de enfermería brindada desde la fecha de alta de la unidad de cuidados intensivos para recién nacidos hasta la fecha de ingreso al programa NICA es reembolsable según los parámetros anteriores. El PNCF se obtendrá al ingresar al programa y se aplicará retroactivamente.

### **Atención residencial de custodia:**

En caso de que un participante deba mudarse de su hogar a un centro de atención profesional, NICA pagará el costo del centro cuando no haya otro pagador disponible.

## **TRATAMIENTO MÉDICO**

NICA reembolsará las visitas al médico relacionadas con la atención y el tratamiento asociados con la lesión neurológica de nacimiento, incluidos los copagos y deducibles cuando corresponda.

NICA reembolsará la atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluida la atención de emergencia relacionada con la atención y el tratamiento asociados con las lesiones neurológicas de nacimiento y los cargos del centro médico.

## **TRATAMIENTO DENTAL**

A partir del 1 de enero de 2022, los servicios dentales que sean médicamente necesarios y estén relacionados con la lesión de nacimiento están cubiertos. Los únicos artículos que no están cubiertos son el costo de las limpiezas de rutina dos veces al año. Las solicitudes anteriores que hayan sido denegadas en los últimos cuatro años se reconsiderarán a pedido.

## **MEDICAMENTOS CON RECETA**

Los medicamentos recetados se reembolsarán con un recibo y una copia de la etiqueta. Este reembolso es exclusivamente para medicamentos relacionados con la atención y el tratamiento asociados con la lesión neurológica de nacimiento.

## **PÓLIZAS Y PRIMAS DE SEGUROS**

NICA recomienda a las familias que tengan un seguro de salud si el participante no está cubierto por el plan de seguro de la familia, un programa estatal o federal u otro tipo de plan de salud y reembolsará los costos de la cobertura si así lo solicita. Si está interesado en obtener un seguro de salud, consulte acerca de este beneficio con su enfermero administrador de casos.

### **Primas de seguros**

NICA reembolsará a las familias la parte de la prima del seguro de salud del participante a partir de la fecha en que se haga la solicitud por escrito a NICA. Para los participantes que ingresen al programa a partir del 1 de enero de 2022, NICA reembolsará a las familias la parte de la prima del seguro del participante a partir de la fecha de nacimiento del participante.

NICA requiere una copia del documento de cobertura y la prima que identifique la porción de la prima del participante para pagar este gasto. Si la documentación no identifica específicamente la porción del participante, NICA se reserva el derecho de calcular cuánto de la prima reembolsará en forma prorrateada.

## TERAPIA

NICA reembolsará a las familias las terapias realizadas por un terapeuta licenciado que un médico determine que son médicamente necesarias y razonables.

Algunas de las terapias cubiertas incluyen:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje
- Terapia acuática
- Terapia Intensiva
- Terapia musical
- Equinoterapia
- Terapia de masajes
- Terapia de comportamiento
- Terapia de la vista

Los programas anuales de campamentos de terapia estarán cubiertos hasta \$2000. El campamento de terapia puede estar cubierto por más de \$2000 si cumple con los estándares de una terapia intensiva. Su enfermero administrador de casos evaluará el plan de atención para el programa de campamento de terapia para determinar si se puede cubrir el campamento de terapia.

Las terapias adicionales también pueden ser elegibles para la cobertura. Consulte con su enfermero administrador de casos si un prestador médico recomienda una terapia no mencionada anteriormente.

NICA puede consultar periódicamente con los profesionales médicos apropiados con respecto a la necesidad médica de continuar con varias terapias.

Para solicitar terapia para el participante, NICA requiere un plan de atención escrito por el terapeuta y firmado por el médico del participante, así como información que demuestre que la terapia fue denegada por todos los demás pagadores, como seguros, planes prepagos, organización de mantenimiento de la salud (HMO), o asistencia de agencias gubernamentales que pueda estar disponible. Si la terapia está parcialmente cubierta por un plan de seguro u otra entidad, NICA pagará el copago o la porción de responsabilidad del paciente.

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL

NICA cree en promover el bienestar de nuestros participantes y sus familias. A partir del 21 de junio de 2021, NICA proporcionará a los miembros de la familia inmediata (o tutores legales que residen con el participante) un beneficio anual total de hasta \$10,000 para obtener servicios de salud mental de prestadores autorizados según el Capítulo 490 y el Capítulo 491 del Estatuto de Florida (o estatutos similares en otros estados). Los prestadores bajo estos Capítulos incluyen psicólogos, terapeutas matrimoniales y familiares, consejeros de salud mental y trabajadores sociales. Los servicios de salud mental proporcionados por psiquiatras autorizados conforme al Capítulo 458 del Estatuto de Florida (o estatutos similares en otros estados) también calificarán para reembolso. NICA también pagará cualquier copago o deducible. En caso de que un participante fallezca, las familias pueden recibir el resto de los fondos de ese año calendario para servicios de salud mental (hasta \$10,000), más dos años adicionales de fondos (hasta \$20,000) para servicios de salud mental hasta que se agote el monto.

***Para el reembolso, se debe proporcionar a NICA documentación que demuestre que el prestador tiene licencia en su estado de origen para brindar dichos servicios, una explicación de los beneficios (si corresponde), comprobante de pago y las fechas del servicio.***

***Las recomendaciones fuera de la terapia hechas a miembros de la familia por prestadores de salud mental (por ejemplo, medicamentos recetados, terapia de masaje, yoga, etc.) no son reembolsables bajo este beneficio.***

## EQUIPAMIENTO

NICA comprará o reembolsará los gastos reales del equipo que se solicite para la atención de un participante. Debido a que el equipo que necesitan los participantes de NICA varía ampliamente, en el Apéndice A se puede encontrar una lista de los equipos que se han cubierto hasta la fecha.

Para ordenar o reembolsar equipo que cuesta menos de \$3,000, NICA requerirá una declaración por escrito del padre/madre o tutor legal del participante sobre por qué el equipo es necesario (si no está claramente relacionado con la lesión) y una denegación del seguro si el artículo está potencialmente cubierto por el plan de seguro del participante.

Para pedir o reembolsar equipos que superen los \$3,000, NICA requerirá una carta de necesidad médica O una receta y una denegación del seguro si el artículo está potencialmente cubierto por el plan de seguro del participante. En algunos casos (como un bipedestador o una silla de ruedas), NICA también necesitará las especificaciones del pedido si compra directamente a un proveedor.

Hay equipos específicos en los que NICA tiene una relación con un proveedor para un tipo o marca de equipo especializado y le gustaría pedir el equipo solicitado directamente a estos proveedores. Puede encontrar una lista de estos equipos en el Apéndice A con un "\*" al lado del nombre del equipo. En estos casos, la documentación necesaria en las categorías anteriores sigue correspondiendo.

\*Puede contactar a los administradores de casos de enfermería de NICA si hay incertidumbre sobre si el artículo de equipamiento solicitado puede o no necesitar una denegación del seguro.

### Estipendio de electricidad

A partir del 15 de octubre de 2021, previa solicitud, NICA puede pagar a las familias un estipendio mensual para compensar los costos adicionales de electricidad asociados con el uso de equipos médicamente necesarios relacionados con la lesión neurológica del participante. El importe del estipendio mensual se basa en el [costo por kilovatio hora de la Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos](#) para la región del Atlántico Sur. El estipendio se ajustará cada 1 de enero para reflejar el cambio en kilovatios hora desde noviembre del año anterior. Para calificar para el estipendio, las familias deberán pertenecer a una de dos categorías.

#### Categoría 1:

El participante tiene costos de electricidad adicionales asociados con el uso de uno de los siguientes: una cama eléctrica, un concentrador de oxígeno o un dispositivo CPAP/BIPAP.

#### Categoría 2:

El participante tiene costos de electricidad adicionales asociados con el uso de una bomba de alimentación, una máquina de succión y una tercera pieza de equipo médicamente necesario.

Las familias deben comunicarse con su enfermero administrador de casos para solicitar el estipendio e informar a su administrador de casos sobre el equipo médico necesario actual que se usa en el hogar. Este debe ser solicitado por el padre/madre o tutor y puede ser pagado a partir del día 1 del mes siguiente al ingreso del participante al programa.

## SUMINISTROS

NICA comprará o reembolsará los gastos reales de los suministros que se soliciten para la atención de un participante. Debido a que los suministros que necesitan los participantes de NICA varían ampliamente, en el Apéndice B se puede encontrar una lista de los suministros que se han cubierto hasta la fecha.

Para pedir o reembolsar suministros que sean inferiores a un gasto único de \$3000 o un gasto recurrente inferior a \$1000 mensuales, NICA requerirá una declaración por escrito del padre/madre o tutor legal del participante sobre por qué el suministro es necesario (si no está claramente relacionado con la lesión) y una denegación del seguro si el artículo está potencialmente cubierto por el plan de seguro del participante.



Para pedir o reembolsar suministros que superen los \$3000 como gasto único o más de \$1000 como gasto mensual recurrente, NICA requerirá una carta de necesidad médica O una receta y una denegación del seguro si el artículo está potencialmente cubierto por el plan de seguro del participante.

\*Puede contactar a los enfermeros administradores de casos de NICA si hay incertidumbre sobre si el artículo solicitado puede o no necesitar una denegación del seguro.

## Productos nutricionales especializados

Para los participantes que no pueden ingerir una dieta típica y requieren alimentos blandos/en puré modificados debido a una disfunción del sistema digestivo relacionada con la lesión neurológica, a partir de los 2 años, NICA reembolsará productos nutricionales especializados preenvasados O proporcionará un estipendio mensual para alimentos frescos. alimentos para preparar en puré en casa. Es posible que las familias que elijan cualquiera de las opciones deban proporcionar una carta de necesidad médica.

### Opción 1: Reembolso por productos nutricionales especializados preenvasados:

NICA reembolsará los productos nutricionales especializados que brinden el valor nutricional necesario y sean médicamente necesarios. Los alimentos para bebés en puré, las fórmulas enterales y otros productos nutricionales especializados serán reembolsables durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Con cualquier solicitud de reembolso, las familias deben presentar un recibo.

### Opción 2: Estipendio mensual de alimentos frescos:

NICA recomienda a las familias que usen alimentos frescos y, a partir del 1 de octubre de 2022, NICA proporcionará un estipendio mensual para los alimentos frescos necesarios para que las familias procesen alimentos en puré en casa. El estipendio mensual se basa en el [Plan de Alimentos Económicos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos \(USDA\)](#), que calcula el costo mensual de una dieta nutritiva según la edad. El estipendio mensual a partir del 1 de octubre de 2022 se basará en el informe del Plan de Alimentos Económicos del USDA de junio de 2022. NICA actualizará el monto del estipendio mensual para las familias cada 1 de enero según el informe promedio mensual más reciente disponible del Plan de Alimentos Económicos del USDA.

*Si las familias optan por el estipendio mensual de alimentos frescos, no habrá reembolso por productos nutricionales especializados.*

## Licuada

Además, NICA reembolsará a las familias cuyos participantes requieran una dieta modificada de alimentos blandos/en puré, hasta \$500 por una licuadora cada tres años. Con cualquier solicitud de reembolso por una licuadora, las familias deben presentar un recibo y es posible que se requiera una carta de necesidad médica.

## BENEFICIO ESPECIAL ANUAL

NICA reembolsará a las familias hasta \$500 por año calendario por cualquier artículo que esté relacionado con el mejor interés del participante. Los ejemplos pueden incluir juguetes adaptables, equipos para piscinas, juegos, productos electrónicos y otros artículos que mejoran la calidad de vida. A partir del beneficio de 2021, los montos no utilizados pueden reinvertirse indefinidamente.

## TRANSPORTE Y VIAJES

### Transporte confiable

Cuando un participante necesita un medio de transporte confiable, NICA coordina la compra de un vehículo confiable o una camioneta accesible a pedido de los padres. Se requiere comprobante actual de seguro de vehículo y licencia de conducir válida.

NICA figura como acreedor prendario en el título del vehículo. Sin embargo, el vehículo en sí está titulado a nombre de los padres o tutores legales como custodios del participante según la Ley de Transferencia Uniforme a Menores de Florida.

### Como acreedor prendario, NICA paga y/o reembolsa los siguientes gastos:

- Precio de compra del vehículo y costos de adquisición asociados
- Etiqueta de licencia/registro y renovaciones
- Costos de mantenimiento. Cualquier gasto de más de \$ 500.00 requiere aprobación previa o es posible que no se reembolse.
- Cobertura de seguro básica, cobertura total de colisión y cobertura integral. NICA debe figurar como acreedor prendario en la póliza.
- El millaje para citas médicas o viajes preaprobados se reembolsará al doble de la [tarifa GSA](#) para un vehículo provisto por el gobierno.

NICA reemplaza el vehículo cada siete años o 150,000 millas, lo que ocurra primero.

Las familias que ya no necesiten un vehículo deben devolverlo a NICA en buen estado de funcionamiento dentro de los 60 días.

### Reembolso de viaje

NICA reembolsará los gastos incurridos cuando un participante de NICA viaje hacia y desde citas médicamente necesarias, como visitas al médico, terapia u otros viajes médicamente necesarios. Además, NICA reembolsará el millaje asociado con los viajes a la farmacia por medicamentos recetados relacionados con la lesión de nacimiento del participante (se requiere recibo y etiqueta fechados).

Si el participante viaja en automóvil, NICA reembolsará las tarifas de estacionamiento y los peajes (previa presentación de los recibos), así como el millaje documentado a las siguientes tarifas:

- Cuando utilice un transporte confiable:
  - El millaje para citas médicas o viajes preaprobados se reembolsará al doble de la [tarifa GSA](#) para un vehículo provisto por el gobierno.
- Al usar un vehículo personal:
  - El millaje para citas médicas o viajes preaprobados se reembolsará a la [tarifa GSA](#) para un vehículo de propiedad privada.

Para recibir el reembolso del millaje, NICA debe tener la documentación de la cita reembolsable a la que asistió el participante. El enfermero administrador de casos del participante calculará el reembolso de las millas utilizando las direcciones de las ubicaciones proporcionadas por el padre/madre o tutor legal. Si el padre/madre o tutor legal desea que se utilice una ruta de mapa específica para el reembolso, deberá proporcionar el mapa utilizado para llegar al lugar a su enfermero administrador de casos para el reembolso.

Cuando un participante deba viajar, de ida ya sea 30 millas o más de 45 minutos, desde su hogar para una cita médica, terapéutica o reembolsable, NICA reembolsará las comidas y gastos imprevistos según la tarifa del día de viaje de GSA (75 % del viático) para hasta dos cuidadores y el participante de NICA, si corresponde. No se requieren recibos. Tenga en cuenta que la tarifa utilizada es la tarifa vigente en la ciudad de destino.

Cuando el participante y uno de los padres/tutores viajen al menos 50 millas de su casa y deban pasar la noche, NICA reembolsará los gastos reales de alojamiento hasta 1.3 veces la tarifa de alojamiento GSA (más los impuestos sobre las ventas aplicables) para la ciudad de destino.

Las comidas y gastos imprevistos también se reembolsan por viajes nocturnos de acuerdo con las políticas de GSA para hasta dos cuidadores y el participante de NICA, si corresponde.

A partir del 1 de enero de 2022, si el participante viaja en avión, NICA reembolsará las tarifas de viaje en autobús de la aerolínea para el participante y sus dos padres/tutores y reembolsará los gastos reales de alojamiento hasta 1.3 veces la tarifa de alojamiento de GSA. Tenga en cuenta que esta tarifa GSA está destinada a cubrir a todos los viajeros.

Tras la presentación de los recibos, NICA puede reembolsar los gastos de transporte médicamente necesarios no mencionados anteriormente. Comuníquese con su enfermero administrador de casos si tiene dudas sobre el reembolso de otros gastos relacionados con viajes.

## ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA

Los participantes tienen derecho a un beneficio de asistencia de vivienda de hasta \$100,000 durante su vida. Este beneficio ha sido utilizado por familias en una variedad de formas que incluyen (entre otras) renovaciones accesibles en una vivienda actual, construcción de vivienda nueva, pagos mensuales de hipoteca o alquiler, gastos de mudanza a una vivienda más accesible, generadores para toda la casa o un pago inicial de una casa nueva. Comuníquese con su administrador de casos si tiene alguna duda y para obtener información sobre la documentación necesaria para utilizar este beneficio en particular.

## FONDO DE APOYO AL DUELO

El principal objetivo de NICA es apoyar a los participantes y sus familias en cada instancia de la vida. En el caso de que NICA sea notificado de la muerte de un participante, las familias recibirán \$50,000 en un esfuerzo por liberarlas del costo de los servicios. Un momento de pérdida puede ser emotivo y confuso y NICA desea ser un recurso de sanación para sus familias durante estos tiempos difíciles.

## TUTELA

Cuando un participante cumple 18 años, los estados generalmente requieren que los padres se conviertan en tutores legales para continuar tomando decisiones médicas en su nombre. NICA cubrirá los costos para que las familias obtengan la tutela de su participante de NICA.

Las familias pueden seleccionar su propio abogado o, a pedido de los padres, NICA puede proporcionar una lista de abogados que se especializan en tutela. Si bien no hay restricciones para el costo de obtener la tutela, se espera que el rango de todos los costos sea de \$3,000 a \$7,500. NICA también cubrirá los costos de las renovaciones anuales de tutela.

## PROGRAMAS O EQUIPOS EXPERIMENTALES

Cuando un padre/madre o tutor legal solicita que NICA pague por la participación en un programa experimental o para obtener equipo experimental, el director ejecutivo puede aprobar la solicitud con base en los siguientes criterios:

1. El costo total asociado con el programa o el equipo no debe ser excesivo y debe presentarse para aprobación previa. Puede incluir la duración del programa; beneficios médicos esperados; y la disponibilidad del programa en otros lugares de Florida si se encuentra fuera del área de residencia del participante.
2. Se debe recibir un informe del médico de atención primaria del participante que recomiende el programa o equipo experimental y detalle su necesidad médica.
3. Se debe proporcionar prueba de que el programa o equipo experimental ha mostrado un beneficio médico objetivo, observable o demostrable, así como evidencia de que el participante se ha beneficiado o se beneficiará del programa o equipo experimental.
4. El director ejecutivo podrá aprobar la frecuencia y duración esperadas del programa o equipo experimental solicitado.
5. Se puede autorizar la continuación del programa o del equipo si la evaluación periódica realizada por un médico muestra un beneficio médico objetivo, observable o demostrable para el participante.

Si la evaluación indica la consideración de otros criterios, se solicitará información adicional y se deberá enviar para su revisión.

## BENEFICIOS NO ABORDADOS ESPECÍFICAMENTE

La Junta ha autorizado al director ejecutivo a aprobar los beneficios descritos en este Manual de beneficios. La Junta reconoce, sin embargo, que puede haber tipos de equipo u otros artículos que pueden ser de valor para un participante y su familia pero que no se abordan en este Manual de beneficios. Si hay un artículo o servicio que cree que debería estar cubierto y no se menciona, hable con su administrador de casos.

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER SERVICIOS FUERA DEL ÁREA CUBIERTA DE SU PLAN DE SEGURO O FUERA DEL ESTADO

Los padres o tutores legales deben notificar a NICA antes de llevar a un participante fuera del área cubierta por su plan de seguro o fuera del estado de Florida para una evaluación, cirugía u otro tratamiento médicamente necesario. NICA debe otorgar una autorización previa para el tratamiento fuera del estado. NICA puede acelerar el pago de equipos y servicios preautorizados y, en ocasiones, pagarlos por adelantado. Sin autorización previa, NICA solo pagará el tratamiento fuera del área cubierta por el plan de seguro o el tratamiento y viajes fuera del estado si existiera una emergencia en el momento del tratamiento.

## DESACUERDOS, NEGACIÓN DE BENEFICIOS

Si surge un desacuerdo sobre un reclamo de beneficios, lo invitamos a discutir el problema con un enfermero supervisor de reclamos. Agradecerán la oportunidad de trabajar con usted con la esperanza de resolver el desacuerdo. En algunos casos, NICA puede solicitar una carta de necesidad médica escrita con mayor claridad o documentación adicional.

Si surge un desacuerdo y el enfermero supervisor de reclamos no puede resolverlo, previa solicitud por escrito, el director ejecutivo puede revisar el reclamo e intentar resolver el desacuerdo con los padres o tutores legales.

Si el director ejecutivo no puede resolver el desacuerdo y se niega un beneficio, los padres o tutores legales tienen derecho a presentar una petición ante la División de audiencias administrativas para disputar el monto de los gastos reales reembolsados o la denegación de beneficios. Ingrese a [DOAH.fl.us](http://DOAH.fl.us) para obtener más detalles. Los padres o tutores legales pueden comunicarse con el Defensor del consumidor de seguros en el Departamento de Servicios Financieros de Florida para obtener orientación adicional de manera informal.

La dirección para presentar una carta o petición es:

### Division of Administrative Hearings

1230 Apalachee Parkway

Tallahassee, FL 32399

Teléfono: (850) 488-9675

Fax: (850) 921-6847

La información de contacto del Defensor del consumidor de seguros es:

### Oficina del Defensor del consumidor de seguros

### Departamento de Servicios Financieros de Florida

Oficina: 850.413.2868

Fax: 850.487.0453

## ACUERDO QUE RIGE NICA - VEHÍCULO COMPRADO

ESTE ACUERDO se celebra este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por y entre la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento ("NICA") y \_\_\_\_\_ ("padre/madre") como padre/madre y/o tutor legal de \_\_\_\_\_ (el "participante").

POR CUANTO, el participante está cubierto por el Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento (el "Plan"); y

POR CUANTO, de conformidad con la Sección 766.31 de los Estatutos de Florida, el participante recibió un Subsidio NICA para el pago de "[a] gastos reales por gastos médicos y hospitalarios médicamente necesarios y razonables, habilitación y capacitación, atención familiar residencial o de custodia, atención profesional residencial y de custodia y servicio, para medicamentos médicamente necesarios, equipo especial e instalaciones, y para viajes relacionados", y

POR CUANTO, se ha considerado apropiado comprar un vehículo médicamente necesario, especialmente equipado (AÑO \_\_\_\_\_, MARCA \_\_\_\_\_, MODELO \_\_\_\_\_, VIN \_\_\_\_\_: en lo sucesivo, el "vehículo") en beneficio del participante para garantizar el transporte en silla de ruedas médicamente necesario para el participante; y

POR CUANTO, NICA está dispuesta a suministrar dicho vehículo en los términos y condiciones establecidos en este Acuerdo y el padre/madre acepta cumplir con los términos y condiciones de este Acuerdo.

AHORA, POR LO TANTO, en consideración de los convenios y acuerdos mutuos contenidos en el presente y por otra consideración buena y valiosa, cuyo recibo y suficiencia se reconocen por el presente, NICA y el padre/madre acuerdan lo siguiente:

### 1. Compra del vehículo:

NICA pagará el precio de compra y los costos asociados de adquisición del vehículo, pero NICA no conservará la propiedad del vehículo. NICA no tendrá ninguna responsabilidad legal u obligación que surja, directa o indirectamente, de la propiedad o uso del vehículo.

Cualquier descuento o reembolso que pueda ser enviado o recibido por el padre/madre como resultado de la compra del vehículo por parte de NICA será propiedad exclusiva de NICA y deberá ser enviado o devuelto a NICA dentro de los diez (10) días posteriores a su recepción por parte del padre/madre. En el caso de que dicho descuento o reembolso no se devuelva a NICA, NICA puede compensar cualquier otro pago adeudado al padre/madre hasta e incluido el monto de dicho reembolso y descuento.

### 2. Título:

El vehículo se titulará a nombre del padre/madre, como Custodio del participante en virtud de la Ley Uniforme de Transferencia a Menores de Florida en beneficio del participante. NICA figurará como titular del gravamen en el certificado de título del vehículo, pero las partes reconocen que el padre/madre y el participante no estarán obligados a reembolsar a NICA el precio de compra del vehículo siempre que el padre/madre cumpla con todos los términos y condiciones de este Acuerdo.

### 3. Uso y operación del vehículo:

El padre acepta que el vehículo se utilizará y operará principalmente para el transporte del participante para viajes médicamente necesarios, lo que generalmente significa viajar con el participante en el vehículo para asistir a citas, incluidas visitas al médico, terapia u otros viajes similares. El padre/madre además acepta que el vehículo no es el vehículo personal del padre/madre; no se utilizará para acarrear o transportar ninguna sustancia o carga ilegal; y no se utilizará para acarrear o transportar ningún artículo que no sea el equipo médicamente necesario del participante.

La recepción del vehículo aquí descrito constituye una compensación por los gastos de viaje médicamente necesarios y razonables en nombre del participante y reemplaza cualquier reclamo adicional o pago de millaje y otros gastos para dicho viaje, excepto que NICA lo autorice específicamente. Si NICA lo autoriza, la gasolina para los

viajes médicamente necesarios y preaprobados se reembolsará al doble de la tasa determinada por la Administración de Servicios Generales de EE. UU. (GSA) por milla para un vehículo proporcionado por el gobierno.

#### **4. Mantenimiento y condición del vehículo:**

NICA acepta pagar todas las etiquetas/registros de licencias y renovaciones, llantas, baterías y otro mantenimiento del vehículo que sea razonablemente necesario. Los padres deben proporcionar recibos para el reembolso de la manutención. Cualquier gasto que supere los \$500.00 requiere aprobación previa o es posible que no se reembolse.

El padre/madre acuerda mantener el vehículo de acuerdo con el programa de servicio del fabricante y en buenas condiciones de funcionamiento, libre de daños estéticos significativos, excepto por el uso y desgaste razonables. El padre/madre también acepta que se realicen las reparaciones necesarias a tiempo según lo recomendado por un mecánico. El padre/madre reconoce que, si no se mantiene el vehículo en buenas condiciones de funcionamiento, se acortará la vida útil y el valor del vehículo. NICA se reserva el derecho de no reemplazar los vehículos que no alcancen los siete (7) años o 150,000 millas en buenas condiciones de funcionamiento. Cualquier daño al vehículo debe repararse antes de reemplazarlo.

Además, el padre/madre reconoce que el vehículo debe mantenerse en condiciones razonablemente limpias (es decir, sin escombros ni basura excesivos en el vehículo que bloqueen el acceso despejado a cualquier equipo especial necesario para el transporte del participante y la silla de ruedas del participante). Cualquier vehículo que no se mantenga en condiciones razonablemente limpias no podrá ser reemplazado.

#### **5. Seguro:**

Los padres acuerdan mantener como mínimo las coberturas mínimas obligatorias del estado, incluido el seguro de responsabilidad civil por lesiones corporales/daños a la propiedad con límites de \$10,000/\$20,000/\$10,000, seguro total completo y de colisión, protección básica contra lesiones personales (sin culpa), así como cualquier otro seguro según lo requiera el estado u otra ley vigente. NICA reembolsará a los padres por la cobertura del seguro como se establece específicamente a continuación.

NICA solo reembolsará la cobertura de seguro para la operación del vehículo por parte de los padres. NICA no reembolsará los aumentos en las primas de seguros de automóviles atribuibles a un historial de conducción deficiente del padre/madre o de cualquier conductor adicional. La falta de mantener un seguro como se requiere en este Acuerdo puede resultar en la pérdida del vehículo o en que el vehículo no sea reemplazado.

Si el vehículo se ve involucrado en un accidente o pérdida, el deducible del seguro es responsabilidad del padre/madre. NICA figurará como beneficiario de pérdidas en el seguro integral y de colisión. El padre/madre acuerda informar cualquier accidente y/o daño corporal al vehículo a NICA ya la compañía de seguros del padre/madre tan pronto como sea posible después de que ocurra un accidente o se descubran daños al vehículo. Si no se notifican los daños al vehículo a NICA y a la compañía de seguros del padre/madre, como se requiere en este Acuerdo, puede resultar en la pérdida del vehículo o, si se totaliza, en que el vehículo no se reemplace.

#### **6. Vida del vehículo:**

Este Acuerdo será vinculante para cualquier sucesor, custodio, tutor o fiduciario similar que pueda actuar como custodio del participante. El vehículo tendrá una vida útil de siete (7) años o 150,000 millas a partir de la fecha de posesión del vehículo por parte de los padres. A menos que se hagan otros arreglos con NICA, el padre/madre acuerda entregar la posesión y transferir el título del vehículo a NICA siete (7) años a partir de la fecha de posesión o cuando el vehículo alcance las 150,000 millas, lo que ocurra primero. En caso de que el uso del vehículo ya no sea necesario para el beneficio del participante por cualquier motivo, el padre/madre deberá notificarlo a NICA y deberá entregar la posesión y transferir el título del vehículo a NICA.

#### **7. El vehículo sujeto a este Acuerdo se identifica de la siguiente manera:**

Año/Marca/Modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ ID N.º: \_\_\_\_\_

**EN FE DE LO CUAL, las partes han firmado este Acuerdo como se indica a continuación:**

**PADRE/MADRE:**

-----  
INSERTAR EL NOMBRE DEL PADRE/MADRE ESCRITO A MÁQUINA

ESTADO DE FLORIDA  
CONDADO DE \_\_\_\_\_

El instrumento anterior fue reconocido ante mí este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022, por \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente o que ha presentado \_\_\_\_\_ como identificación y que prestó (o no prestó) juramento.

-----  
NOTARIO PÚBLICO - ESTADO DE FLORIDA

-----  
Imprima, escriba a máquina o selle el nombre del notario público;  
Número de comisión y fecha de vencimiento:

**ASOCIACIÓN DE COMPENSACIÓN POR LESIONES NEUROLÓGICAS DE FLORIDA  
RELACIONADAS CON EL NACIMIENTO (NICA):**

Por: \_\_\_\_\_  
Melissa Jaacks, directora ejecutiva interina

ESTADO DE FLORIDA  
CONDADO DE LEÓN

El instrumento anterior fue reconocido ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 2022, por Melissa Jaacks como directora ejecutiva de NICA, a quien conozco personalmente o que ha presentado \_\_\_\_\_ como identificación y que prestó (o no prestó) juramento.

-----  
NOTARIO PÚBLICO - ESTADO DE FLORIDA

-----  
Imprima, escriba a máquina o selle el nombre del notario público;  
Número de comisión y fecha de vencimiento:



# 2021 ESTATUTO DE FLORIDA CAPÍTULO 766

## 766.301 Determinaciones e intenciones legislativas.

(1) La Legislatura hace las siguientes determinaciones:

(a) Los médicos que practican la obstetricia son especialistas médicos de alto riesgo para quienes las primas del seguro por negligencia médica son muy costosas, y los aumentos recientes en dichas primas han sido mayores para esos médicos que para otros médicos.

(b) Cualquier parto que no sea un parto normal conduce con frecuencia a una demanda contra el médico tratante; en consecuencia, dichos médicos se encuentran entre los médicos más gravemente afectados por los problemas actuales de negligencia médica.

(c) Debido a que los servicios obstétricos son esenciales, corresponde a la Legislatura proporcionar un plan diseñado para estabilizar y reducir las primas de seguro por negligencia médica para los prestadores de dichos servicios en Florida.

(d) Los costos de las reclamaciones por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento son particularmente altos y justifican el establecimiento de un sistema limitado de compensación independientemente de la culpa. La cuestión de si tales reclamaciones están cubiertas por esta ley debe determinarse exclusivamente en un procedimiento administrativo.

(2) La intención de la Legislatura es proporcionar compensación, sin culpa, por una clase limitada de lesiones catastróficas que resultan en costos inusualmente altos para la rehabilitación y el cuidado de custodia. Este plan se aplicará únicamente a las lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento.

**Historia.**-s. 60, cap. 88-1; s. 1, cap. 98-113.

## 766.302 Definiciones; ss. 766.301-766.316.—Como se usa en ss. 766.301-766.316, el término:

(1) “Asociación” significa la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento establecida en s. 766.315 para administrar el Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento y el plan de operación establecido en s. 766.314.

(2) “Lesión neurológica relacionada con el nacimiento” significa lesión en el cerebro o la médula espinal de un bebé vivo que pesa al menos 2,500 gramos para una gestación única o, en el caso de una gestación múltiple, un bebé vivo que pesa al menos 2,000 gramos al nacer causada por privación de oxígeno o lesión mecánica que se produce durante el trabajo de parto, el parto o la reanimación en el período inmediatamente posterior al parto en un hospital, que hace que el bebé tenga una discapacidad física y mental permanente y sustancial.

Esta definición se aplicará únicamente a los nacidos vivos y no incluirá la discapacidad o la muerte causada por anomalías genéticas o congénitas.

(3) “Reclamante” significa cualquier persona que presenta un reclamo de conformidad con s. 766.305 para la compensación por una lesión neurológica relacionada con el nacimiento de un bebé. Tal reclamo puede ser presentado por cualquier representante legal en nombre de un bebé lesionado; y, en el caso de un bebé fallecido, el reclamo puede ser presentado por un administrador, representante personal u otro representante legal del mismo.

(4) “Juez de derecho administrativo” significa un juez de derecho administrativo designado por la división.

(5) “División” significa la División de Audiencias Administrativas del Departamento de Servicios Administrativos.

(6) “Hospital” significa cualquier hospital con licencia en Florida.

(7) “Médico participante” se refiere a un médico con licencia en Florida para practicar medicina que practica obstetricia o presta servicios obstétricos ya sea a tiempo completo o parcial y que había pagado o estaba exento de pago en el momento de la lesión la evaluación requerida para participar en el plan de compensación por lesiones neurológicas relacionadas con el parto para el año en que ocurrió la lesión. Dicho término no se aplicará a ningún médico que ejerza la medicina como funcionario, empleado o agente del gobierno federal.

(8) "Plan" significa el Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento establecido bajo s. 766.303.

(9) "Miembro de la familia" significa un padre, madre o tutor legal.

(10) "Cuidado familiar residencial o de custodia" significa el cuidado que normalmente brindan asistentes profesionales capacitados que está más allá del alcance de los deberes de cuidado del participante, pero que es brindado por miembros de la familia. Los miembros de la familia que brinden atención residencial o de custodia no profesional no pueden ser compensados en virtud de esta ley por la atención que cae dentro del alcance de los deberes de atención del participante y otros servicios proporcionados normal y gratuitamente por miembros de la familia. El cuidado familiar residencial o de custodia se realizará solo bajo la dirección y el control de un médico cuando dicho cuidado sea médicamente necesario. Los cargos razonables por gastos de cuidado familiar residencial o de custodia provisto por un miembro de la familia se determinarán de la siguiente manera:

(a) Si el miembro de la familia no está empleado, el valor por hora es igual al salario mínimo federal por hora.

(b) Si el miembro de la familia está empleado y elige dejar ese empleo para brindar dicha atención, el valor por hora de esa atención será igual a las tarifas establecidas por Medicaid para los servicios privados proporcionados por un asistente de salud en el hogar. Un miembro de la familia o una combinación de miembros de la familia que brinden atención de acuerdo con esta definición no pueden recibir compensación por más de un total de 10 horas por día. El cuidado familiar reemplaza al cuidado profesional residencial o de custodia, y no se puede otorgar ningún cuidado profesional residencial o de custodia durante el período de tiempo durante el día en que se brinda el cuidado familiar.

(c) La adjudicación de cuidado familiar residencial o de custodia, como se define en esta sección, no se incluirá en las estimaciones actuales a los efectos de s. 766.314(9)(c).

**Historia.**-s. 61, cap. 88-1; s. 36, cap. 88-277; s. 16, cap. 91-46; s. 2, cap. 93-251; s. 307, cap. 96-410; s. 149, cap. 2001-277; s. 5, cap. 2002-401.766.303 Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento; exclusividad del remedio.

(1) Se estableció el Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento con el propósito de proporcionar compensación, independientemente de la culpa, por reclamos por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento. Dicho plan se aplicará a los nacimientos ocurridos a partir del 1 de enero de 1989 y será administrado por la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento.

(2) Los derechos y recursos otorgados por este plan a causa de una lesión neurológica relacionada con el nacimiento excluirán todos los demás derechos y recursos de dicho bebé, su representante personal, padres, dependientes y parientes más cercanos, según el derecho consuetudinario o de otro modo, contra cualquier persona o entidad directamente involucrada en el trabajo de parto, el parto o la reanimación inmediatamente posterior al parto durante la cual se produce dicha lesión, que surja o esté relacionada con un reclamo por negligencia médica con respecto a dicha lesión; excepto que una acción civil no será ejecutada cuando exista evidencia clara y convincente de mala fe o propósito malicioso o desprecio deliberado y desenfrenado de los derechos humanos, la seguridad o la propiedad, siempre que dicha demanda se presente antes y en lugar del pago de una adjudicación bajo ss. 766.301-766.316. Dicha demanda se presentará antes de que la adjudicación de la división sea concluyente y vinculante según lo dispuesto en s. 766.311.

(3) Por la presente, se renuncia a la inmunidad soberana en nombre de la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento únicamente en la medida necesaria para asegurar el pago de la compensación según lo dispuesto en s. 766.31.

(4) La asociación administrará el plan de manera que promueva y proteja la salud y los mejores intereses de los niños con lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento.

**Historia.**-s. 62, cap. 88-1; s. 37, cap. 88-277; s. 1, cap. 89-186; s. 1154, cap. 97-102; s. 74, cap. 2003-416; s. 2, cap. 2021-134.

## 766.304 Juez de derecho administrativo para determinar reclamaciones

El juez de derecho administrativo conocerá y resolverá todas las reclamaciones presentadas de conformidad con ss. 766.301- 766.316 y ejercerá todos los poderes y la autoridad que se le otorgan en el capítulo 120, según sea necesario, para llevar a cabo los propósitos de dichas secciones. El juez de derecho administrativo tiene jurisdicción exclusiva para determinar si un reclamo presentado bajo esta ley es compensable. No se puede iniciar ninguna acción civil hasta que las determinaciones bajo s. 766.309 han sido realizadas por el juez de derecho administrativo. Si el juez de derecho administrativo determina que el reclamante tiene derecho a una compensación de la asociación, o si el reclamante acepta una adjudicación dictada conforme a s. 766.31, ninguna acción civil puede ser iniciada o continuada en violación de las disposiciones de exclusividad de reparación de s. 766.303. Si se determina que una reclamación presentada en virtud de esta ley no es compensable, ni la doctrina del impedimento colateral ni la cosa juzgada prohibirán que el reclamante busque cualquiera y todos los recursos civiles disponibles según el derecho consuetudinario y el derecho estatutario. Las determinaciones de hecho y conclusiones de derecho del juez administrativo no serán admisibles en ningún procedimiento posterior; sin embargo, el testimonio bajo juramento de cualquier persona y los elementos presentados como evidencia en el caso administrativo son admisibles como impugnación en cualquier acción civil posterior solo contra una parte del procedimiento administrativo, sujeto a las Reglas de Evidencia. No se puede otorgar ni pagar una adjudicación en virtud de ss. 766.301- 766.316 si el reclamante se recupera en virtud de un acuerdo o se dicta una sentencia definitiva en una acción civil.

**Historia.**-s. 63, cap. 88-1; s. 17, cap. 91-46; s. 3, cap. 93-251; s. 308, cap. 96-410; s. 1803, cap. 97-102; s. 2, cap. 98-113; s. 90, cap. 99-3; s. 75, cap. 2003-416; s. 109, cap. 2013-18.

## 766.305 Presentación de reclamaciones y respuestas; revisión médica disciplinaria.

(1) Todos los reclamos presentados para compensación bajo el plan comenzarán cuando el reclamante presente ante la división una petición de compensación. Dicha petición deberá incluir la siguiente información:

- (a) El nombre y dirección del representante legal y la base para su representación del bebé lesionado.
- (b) El nombre y la dirección del bebé lesionado.
- (c) El nombre y la dirección de cualquier médico que preste servicios obstétricos que estuvo presente en el parto y el nombre y la dirección del hospital en el que ocurrió el parto.
- (d) Una descripción de la discapacidad por la cual se hace el reclamo.
- (e) La hora y el lugar donde ocurrió la lesión.
- (f) Una breve declaración de los hechos y circunstancias que rodean la lesión y que dan lugar a la reclamación.

(2) El reclamante deberá proporcionar a la división tantas copias de la petición como sea necesario para la notificación a la asociación, cualquier médico y hospital nombrado en la petición y la División de Garantía de Calidad Médica, junto con una tarifa de presentación de \$15 pagadera a la División de Asuntos Administrativos. Audiencias. Al recibir la petición, la división notificará inmediatamente a la asociación, mediante notificación al agente designado para aceptar la notificación en nombre de la asociación, por correo registrado o certificado, y enviará copias de la solicitud, por correo registrado o certificado, a cualquier médico, prestador de atención médica y hospital nombrado en la petición, y deberá enviar una copia por correo regular a la División de Garantía de Calidad Médica y la Agencia para la Administración de Atención Médica.

(3) El reclamante deberá proporcionar a la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento la siguiente información, que debe presentarse ante la asociación dentro de los 10 días posteriores a la presentación de la petición según se establece en la subsección (1):

(a) Todos los registros médicos relevantes disponibles relacionados con la lesión neurológica relacionada con el nacimiento y una lista que identifique cualquier registro no disponible conocido por el reclamante y las razones de la falta de disponibilidad de los registros.

(b) Evaluaciones, exámenes y pronósticos apropiados y otros registros y documentos que sean razonablemente necesarios para determinar el monto de la compensación que se pagará al bebé lesionado o en su nombre debido a la lesión neurológica relacionada con el nacimiento.

(c) Documentación de gastos y servicios incurridos hasta la fecha que identifique cualquier pago realizado por dichos gastos y servicios y el pagador.

(d) Documentación de cualquier fuente privada o gubernamental correspondiente de servicios o reembolso en relación con los impedimentos.

La información requerida por los párrafos (a)-(d) permanecerá confidencial y exenta bajo las disposiciones de s. 766.315(5)(b).

(4) La asociación tendrá 45 días a partir de la fecha de notificación de un reclamo completo, presentado de conformidad con las subsecciones (1) y (2), para presentar una respuesta a la petición y presentar la información pertinente por escrito relacionada con la cuestión de si la presunta lesión es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento.

(5) Al recibir dicha petición, la División de Aseguramiento de la Calidad Médica revisará la información que contiene y determinará si involucró la conducta de un médico licenciado bajo el capítulo 458 o un médico osteópata licenciado bajo el capítulo 459 que está sujeto a acción disciplinaria, en cuyo caso se aplicarán las disposiciones de s. 456.073.

(6) Al recibir dicha petición, la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud investigará el reclamo, y si determina que la lesión resultó o fue agravada por un incumplimiento del deber por parte de un hospital en violación del capítulo 395, deberá tomar cualquier acción consistente con su autoridad disciplinaria que pueda ser apropiada.

(7) Cualquier reclamo que la asociación determine que es compensable puede ser aceptado para compensación, siempre que la aceptación sea aprobada por el juez de derecho administrativo a quien se le asigne el reclamo de compensación.

**Historia.**-s. 64, cap. 88-1; s. 2, cap. 89-186; s. 18, cap. 91-46; s. 4, cap. 93-251; s. 1, cap. 94-106; s. 309, cap. 96-410; s. 1804, cap. 97-102; s. 165, cap. 98-166; s. 287, cap. 99-8; s. 226, cap. 2000-160; s. 115, cap. 2002-1; s. 76, cap. 2003-416.

### **766.306 Prescripción del estatuto de limitaciones.**

El plazo de prescripción del estatuto de limitaciones con respecto a cualquier acción civil que pueda ser iniciada por, o en nombre de, un bebé lesionado que presuntamente surja o esté relacionado con una lesión neurológica relacionada con el nacimiento, se suspenderá mediante la presentación de un reclamo de acuerdo con ss. 766.301-766.316, y el tiempo que dicho reclamo esté pendiente o esté en apelación no se computará como parte del período dentro del cual se puede iniciar dicha acción civil.

**Historia.**-s. 65, cap. 88-1.

### 766.307 Audiencia; partes; descubrimiento.

(1) El juez de derecho administrativo fijará la fecha de una audiencia no antes de los 60 días ni después de los 120 días posteriores a que el reclamante presente una petición de conformidad con s. 766.305. El juez de derecho administrativo notificará inmediatamente a las partes la hora y el lugar de dicha audiencia, que se llevará a cabo en el condado donde ocurrió la lesión, a menos que las partes acuerden lo contrario y la división lo autorice.

(2) Las partes de la audiencia incluirán al demandante y la asociación.

(3) Cualquier parte en un procedimiento bajo ss. 766.301-766.316 puede, previa solicitud al juez de derecho administrativo que establezca la materialidad de la evidencia que se va a proporcionar, entregar interrogatorios o hacer que se tomen las declaraciones de testigos que residan dentro o fuera del estado; los costos de los mismos se gravarán como gastos incurridos en relación con la presentación de una demanda. Dichas declaraciones se tomarán previa notificación y en la forma prescrita para la toma de declaraciones en acciones de derecho, excepto que se dirigirán al juez de derecho administrativo ante quien estuviere pendiente el proceso.

**Historia.**-s. 66, cap. 88-1; s. 19, cap. 91-46; s. 2, cap. 94-106; s. 310, cap. 96-410.

### 766.309 Determinación de reclamos; presunción; conclusiones del juez de derecho administrativo vinculantes para los participantes.

(1) El juez de derecho administrativo tomará las siguientes determinaciones con base en toda la evidencia disponible:

(a) Si la lesión reclamada es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento. Si el reclamante ha demostrado, a satisfacción del juez de derecho administrativo, que el bebé ha sufrido una lesión cerebral o de la médula espinal causada por la privación de oxígeno o una lesión mecánica y que, por lo tanto, el bebé sufrió una discapacidad física y mental permanente y sustancial, de una decisión refutable surgirá la presunción de que la lesión es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento, tal como se define en s. 766.302(2).

(b) Si los servicios obstétricos fueron proporcionados por un médico participante durante el trabajo de parto, el parto o la reanimación en el período inmediatamente posterior al parto en un hospital; o por una enfermera partera certificada en un hospital universitario supervisado por un médico participante en el curso del trabajo de parto, parto o reanimación en el período inmediatamente posterior al parto en un hospital. (c) Cuánta compensación, si corresponde, se otorga de conformidad con s. 766.31.

(d) Si, en caso de que lo plantee el reclamante u otra parte, las determinaciones de hecho con respecto a los requisitos de notificación en s. 766.316 están satisfechas. El juez de derecho administrativo tiene la jurisdicción exclusiva para hacer estas determinaciones de hecho.

(2) Si el juez de derecho administrativo determina que la presunta lesión no es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento o que un médico participante no brindó los servicios de obstetricia en el momento del nacimiento, deberá emitir una orden y hacer que se envíe inmediatamente a las partes por correo registrado o certificado una copia de dicha orden.

(3) Al convertirse en un médico participante, un médico quedará vinculado a todos los efectos a la decisión del juez de derecho administrativo o cualquier apelación de la misma con respecto a si dicha lesión es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento.

(4) Si es en interés de la economía procesal o si así lo solicita el reclamante, el juez de derecho administrativo puede bifurcar el procedimiento que aborda la compensabilidad y la notificación de conformidad con s. 766.316 primero, y abordar una adjudicación de conformidad con s. 766.31, en su caso, en un procedimiento separado. El juez de derecho administrativo puede emitir una orden final sobre compensabilidad y notificación que está sujeta a apelación en virtud de s. 766.311, antes de la emisión de una adjudicación de conformidad con s. 766.31.

**Historia.**-s. 68, cap. 88-1; s. 4, cap. 89-186; s. 21, cap. 91-46; s. 3, cap. 94-106; s. 312, cap. 96-410; s. 1805, cap. 97-102; s. 77, cap. 2003-416; s. 1, cap. 2006-8.

## 766.31 Adjudicaciones de jueces de derecho administrativo por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento; notificación de adjudicación.

1) El juez de derecho administrativo tomará las siguientes determinaciones con base en toda la evidencia disponible:

(a) Si la lesión reclamada es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento. Si el reclamante ha demostrado, a satisfacción del juez de derecho administrativo, que el bebé ha sufrido una lesión cerebral o de la médula espinal causada por la privación de oxígeno o una lesión mecánica y que, por lo tanto, el bebé sufrió una discapacidad física y mental permanente y sustancial, de una decisión refutable surgirá la presunción de que la lesión es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento, tal como se define en s. 766.302(2).

(b) Si los servicios obstétricos fueron proporcionados por un médico participante durante el trabajo de parto, el parto o la reanimación en el período inmediatamente posterior al parto en un hospital; o por una enfermera partera certificada en un hospital docente supervisado por un médico participante en el curso del trabajo de parto, parto o reanimación en el período inmediatamente posterior al parto en un hospital.

(c) Cuánta compensación se otorga, si cabe, de conformidad con s. 766.31.

(d) Si, en caso de que lo plantee el reclamante u otra parte, las determinaciones de hecho con respecto a los requisitos de notificación en s. 766.316 están satisfechas. El juez de derecho administrativo tiene la jurisdicción exclusiva para hacer estas determinaciones de hecho.

(2) Si el juez de derecho administrativo determina que la presunta lesión no es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento o que un médico participante no brindó los servicios de obstetricia en el momento del nacimiento, deberá emitir una orden y hacer que se envíe inmediatamente a las partes por correo registrado o certificado una copia de dicha orden.

(3) Al convertirse en un médico participante, un médico quedará vinculado a todos los efectos a la decisión del juez de derecho administrativo o cualquier apelación de la misma con respecto a si dicha lesión es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento. (4) Si es en interés de la economía procesal o si así lo solicita el reclamante, el juez de derecho administrativo puede bifurcar el procedimiento que aborda la compensabilidad y la notificación de conformidad con s. 766.316 primero, y abordar a una adjudicación de conformidad con s. 766.31, en su caso, en un procedimiento separado. El juez de derecho administrativo puede emitir una orden final sobre compensabilidad y notificación que está sujeta a apelación en virtud de s. 766.311, antes de la emisión de una adjudicación de conformidad con s. 766.31.

**Historia.**-s. 68, cap. 88-1; s. 4, cap. 89-186; s. 21, cap. 91-46; s. 3, cap. 94-106; s. 312, cap. 96-410; s. 1805, cap. 97-102; s. 77, cap. 2003-416; s. 1, cap. 2006-8.

## 1766.31 Adjudicaciones de jueces de derecho administrativo por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento; notificación de adjudicación.

(1) Al determinar que un bebé ha sufrido una lesión neurológica relacionada con el nacimiento y que un médico participante brindó servicios de obstetricia en el momento del nacimiento, el juez de derecho administrativo dictará una adjudicación que proporcione compensación por los siguientes elementos relacionados con dicha lesión:

(a) Gastos reales por atención médica y hospitalaria médicamente necesaria y razonable, habilitación y capacitación, atención familiar residencial o de custodia, atención y servicio profesional residencial y de custodia, para medicamentos médicamente necesarios, equipo especial e instalaciones, y para viajes relacionados.

Como mínimo, se debe proporcionar una compensación por los siguientes gastos reales:

1. Un beneficio anual total de hasta \$10,000 para miembros de la familia inmediata que residen con el bebé para servicios psicoterapéuticos obtenidos de prestadores autorizados según el capítulo 490 o el capítulo 491.

2. Durante la vida del participante, proporcionar a los padres o tutores legales un método de transporte confiable para el cuidado del participante o reembolsar el costo de actualizar un vehículo existente para acomodar las necesidades del participante cuando sea médicamente necesario para el transporte de sillas de ruedas. El modo de transporte debe tener en cuenta las adaptaciones especiales requeridas para el participante específico. Es posible que el plan no limite dicha asistencia de transporte según la edad o el peso del participante. El plan debe reemplazar cualquier camioneta comprada por el plan cada 7 años o 150,000 millas, lo que ocurra primero.

3. Asistencia de vivienda de hasta \$100,000 durante la vida del participante, incluidos los costos de construcción y modificación de la vivienda.

(b) Sin embargo, los siguientes gastos no están sujetos a compensación:

1. Gastos por artículos o servicios que el bebé haya recibido, o tenga derecho a recibir, según las leyes de cualquier estado o del gobierno federal, excepto en la medida en que dicha exclusión esté prohibida por la ley federal.

2. Gastos por artículos o servicios que el bebé haya recibido, o tenga derecho contractual a recibir, de cualquier plan de salud prepagado, organización de mantenimiento de la salud u otra entidad aseguradora privada.

3. Gastos por los cuales el bebé haya recibido un reembolso, o por los cuales el bebé tenga derecho a recibir un reembolso, según las leyes de cualquier estado o del gobierno federal, excepto en la medida en que dicha exclusión esté prohibida por la ley federal.

4. Gastos por los cuales el bebé haya recibido reembolso, o por los cuales el bebé tenga derecho contractual a recibir reembolso, conforme a las disposiciones de cualquier póliza de seguro de salud o enfermedad u otro programa de seguro privado.

(c) Los gastos incluidos en el párrafo (a) se limitan a los cargos razonables que prevalecen en la misma comunidad por un tratamiento similar de las personas lesionadas cuando es la persona lesionada quien paga por dicho tratamiento. Los padres o tutores legales que reciben beneficios bajo el plan pueden presentar una petición ante la División de Audiencias Administrativas para disputar el monto de gastos reales reembolsados o una denegación de reembolso. (d) 1.a. Pagos periódicos de una adjudicación a los padres o tutores legales del bebé que haya sufrido una lesión neurológica relacionada con el nacimiento, cuya adjudicación no puede exceder los \$100,000. Sin embargo, a discreción del juez de derecho administrativo, dicha adjudicación puede hacerse en una suma global. A partir del 1 de enero de 2021, la adjudicación no podrá exceder los \$250,000, y cada 1 de enero a partir de entonces, la adjudicación máxima autorizada conforme a este párrafo aumentará en un 3 por ciento.

b. Los padres o tutores legales que recibieron un subsidio conforme a esta sección antes del 1 de enero de 2021, y cuyo participante actualmente recibe beneficios bajo el plan, deben recibir un pago retroactivo por un importe suficiente para llevar el subsidio total pagado a los padres o tutores legales conforme a inciso a. a \$250,000. Este pago adicional podrá hacerse en una suma global o en pagos periódicos según lo determinen los padres o tutores legales y deberá pagarse antes del 1 de julio de 2021.

2.a. Beneficio por muerte del bebé por un monto de \$50,000.

b. Los padres o tutores legales que recibieron un subsidio de conformidad con esta sección, y cuyo participante falleció después del inicio del programa, deben recibir un pago retroactivo por un monto suficiente para llevar el subsidio total pagado a los padres o tutores legales de conformidad con el subpárrafo a. a \$50,000. Este pago adicional podrá hacerse en una suma global o en pagos periódicos según lo determinen los padres o tutores legales y deberá pagarse antes del 1 de julio de 2021.

(e) Gastos razonables incurridos en relación con la presentación de un reclamo bajo ss. 766.301- 766.316, incluidos los honorarios razonables de los abogados, que estarán sujetos a la aprobación y adjudicación del juez de derecho administrativo. Al determinar la adjudicación de honorarios de abogado, el juez de derecho administrativo tendrá en cuenta los siguientes factores:

1. El tiempo y trabajo requerido, la novedad y dificultad de las cuestiones involucradas, y la habilidad requerida para realizar los servicios legales adecuadamente.
2. La tarifa que se cobra habitualmente en la localidad por servicios legales similares.
3. Las limitaciones temporales impuestas por el reclamante o las circunstancias.
4. La naturaleza y duración de la relación profesional con el reclamante.
5. La experiencia, reputación y capacidad del abogado o abogados que prestan los servicios.
6. La contingencia o certeza de un canon.

Si hubiera una determinación final de compensabilidad, y los reclamantes aceptan una adjudicación en virtud de esta sección, los reclamantes no serán responsables de ningún gasto, incluidos los honorarios de abogados, incurridos en relación con la presentación de una reclamación en virtud de ss. 766.301-766.316 que no sean los gastos adjudicados en virtud de esta sección.

(2) La adjudicación requerirá el pago inmediato de los gastos incurridos anteriormente y requerirá que los gastos futuros se paguen conforme se incurran.

(3) Se enviará inmediatamente una copia de la adjudicación por correo registrado o certificado a cada persona a la que se entregue una copia de la petición conforme a s. 766.305(2).

**Historia.**-s. 69, cap. 88-1; s. 5, cap. 89-186; s. 22, cap. 91-46; s. 4, cap. 94-106; s. 313, cap. 96-410; s. 150, cap. 2001-277; s. 6, cap. 2002-401; s. 78, cap. 2003-416; s. 3, cap. 2021-134.766.311 Conclusión de la determinación o adjudicación; apelación.

(1) Una determinación del juez de derecho administrativo en cuanto a la calificación de la reclamación a los efectos de la compensación en virtud de s. 766.309 o una adjudicación del juez de derecho administrativo de conformidad con s. 766.31 será concluyente y vinculante en cuanto a todas las cuestiones de hecho. La revisión de una orden de un juez de derecho administrativo se realizará mediante apelación ante el Tribunal de Apelaciones de Distrito. Las apelaciones se presentarán de acuerdo con las reglas de procedimiento prescritas por la Corte Suprema para la revisión de tales órdenes.

(2) En caso de apelación de una adjudicación del juez de derecho administrativo, la apelación operará como una suspensión de la adjudicación, y la asociación no estará obligada a hacer el pago de la adjudicación objeto de la apelación hasta que se hayan resuelto completamente las cuestiones controvertidas en la mismo.

**Historia.**-s. 70, cap. 88-1; s. 23, cap. 91-46; s. 6, cap. 93-251; s. 314, cap. 96-410.

### **766.312 Ejecución de adjudicaciones.**

(1) El juez de derecho administrativo tendrá plena autoridad para hacer cumplir sus adjudicaciones y para protegerse a sí mismo de cualquier engaño o falta de cooperación para llegar a su determinación con respecto a cualquier adjudicación. Dicha autoridad incluirá la facultad de solicitar al tribunal de circuito una orden de desacato.

(2) Una parte puede, si las circunstancias lo justifican, solicitar al tribunal de circuito la ejecución de una adjudicación final por parte del juez de derecho administrativo.

**Historia.**-s. 71, cap. 88-1; s. 24, cap. 91-46; s. 5, cap. 94-106; s. 315, cap. 96-410; s. 1806, cap. 97-102.



### 766.313 Limitación de reclamo.

Cualquier pretensión de compensación en virtud de ss. 766.301-766.316 que se presente más de 5 años después del nacimiento de un bebé que presuntamente tiene una lesión neurológica relacionada con el nacimiento quedará excluida.

**Historia.**-s. 72, cap. 88-1; s. 38, cap. 88-277; s. 1, cap. 93-251.

### 766.314 Evaluaciones; plan de operaciones.

(1) Las evaluaciones establecidas de conformidad con esta sección se utilizarán para financiar el Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento.

(2) Las evaluaciones y asignaciones dedicadas al plan serán administradas por la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento establecida en s. 766.315, de conformidad con los siguientes requisitos:

(a) El 1 de julio de 1988 o antes, los directores de la asociación deberán presentar al Departamento de Seguros para su revisión un plan de operaciones que prevea la administración eficiente del plan y el procesamiento rápido de reclamos contra y adjudicaciones hechas en nombre del plan.

El plan de operación deberá incluir disposiciones para:

1. Establecimiento de las instalaciones necesarias;
2. Gestión de los fondos recaudados en nombre del plan;
3. Tramitación de reclamaciones contra el plan;
4. Evaluación de las personas y entidades citadas en los incisos (4) y (5) para pagar indemnizaciones y gastos, cuyas valoraciones serán sobre una base actuarialmente sólida sujeta a los límites establecidos en los incisos (4) y (5); y
5. Cualquier otro asunto necesario para el funcionamiento eficiente del plan de compensación de daños neurológicos relacionados con el parto.

(b) Los directores del plan pueden hacer modificaciones al plan de operación, sujeto a la aprobación de la Oficina de Regulación de Seguros de la Comisión de Servicios Financieros.

(3) Todas las evaluaciones se depositarán en la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento. Los fondos recaudados por la asociación y los ingresos derivados de los mismos se desembolsarán únicamente para el pago de las adjudicaciones previstas en ss. 766.301-766.316 y para el pago de los gastos razonables de administración del plan.

(4) Las siguientes personas y entidades deberán pagar a la asociación una evaluación inicial de acuerdo con el plan de operación:

(a) El 1 de octubre de 1988 o antes, cada hospital con licencia conforme al capítulo 395 deberá pagar una evaluación inicial de \$50 por cada bebé nacido en el hospital durante el año calendario anterior, según se informó a la Agencia para la Administración de Atención Médica; siempre que, sin embargo, un hospital que sea propiedad del estado o un condado, un distrito fiscal especial u otra subdivisión política del estado no esté obligado a pagar la evaluación inicial o cualquier evaluación requerida por la subsección (5). El término "bebé recién nacido" incluye los nacidos vivos y no los nacidos sin vida, pero el término no incluye los bebés traídos al mundo por empleados o agentes del consejo de administración de una universidad estatal, los nacidos en un hospital universitario como se define en s. 408.07, 2 o los nacidos en un hospital escuela como se define en s. 395.806 que han sido considerados por la asociación como exentos de valoraciones desde el año fiscal 1997 hasta el año fiscal 2001. La evaluación inicial y cualquier evaluación impuesta de conformidad con la subsección (5) no pueden incluir a ningún bebé nacido de un paciente caritativo (según lo define la regla de la Agencia para la Administración de Atención Médica) o nacido de un paciente por el cual el hospital recibe reembolso de Medicaid, si la suma de los cargos anuales para pacientes de

caridad más los contratos anuales de Medicaid del hospital excede el 10 por ciento de los ingresos operativos brutos anuales totales del hospital. El hospital es responsable de documentar, a satisfacción de la asociación, la exclusión de cualquier nacimiento del cómputo de la evaluación. Tras la demostración de la necesidad financiera por parte de un hospital, la asociación puede proporcionar pagos a plazos de las evaluaciones.

(b) 1. En o antes del 15 de octubre de 1988, todos los médicos con licencia de conformidad con el capítulo 458 o el capítulo 459 a partir del 1 de octubre de 1988, que no sean médicos participantes, deberán pagar una evaluación inicial de \$250, que debe pagarse a más tardar el 1 de diciembre de 1988.

2. Cualquier médico que obtenga la licencia después del 30 de septiembre de 1988 y antes del 1 de enero de 1989 deberá pagar a la asociación una evaluación inicial de \$250 al obtener la licencia.

3. Cualquier médico que obtenga la licencia a partir del 1 de enero de 1989 deberá pagar una evaluación inicial igual a la evaluación más reciente realizada de conformidad con este párrafo, el párrafo (5) (a) o el párrafo (7) (b).

4. Sin embargo, si el médico es un médico especificado en este inciso, la evaluación no se aplica:

a. Un médico residente, un médico residente asistente o un interno en un programa de capacitación de posgrado aprobado, según lo define la Junta de Medicina o la Junta de Medicina Osteopática por regla;

b. Un médico jubilado que se ha retirado de la práctica de la medicina pero que mantiene una licencia activa demostrada mediante una declaración jurada presentada ante el Departamento de Salud. Antes de reingresar a la práctica de la medicina en este estado, un médico jubilado, como se define en el presente, debe notificar a la Junta de Medicina o a la Junta de Medicina Osteopática y pagar las contribuciones correspondientes de conformidad con esta sección;

c. Un médico que posee una licencia limitada de conformidad con s. 458.317 y que no está siendo compensado por servicios médicos;

d. Un médico empleado a tiempo completo por el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos y cuya práctica se limita a los hospitales del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos; o e. Un médico que sea miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y que cumpla con los requisitos de s. 456.024.

f. Un médico que está empleado a tiempo completo por el estado de Florida y cuya práctica está restringida a instituciones correccionales estatales, un departamento de salud del condado o instalaciones estatales de servicios de desarrollo o salud mental, o que está empleado a tiempo completo por el Departamento de Salud.

(c) En o antes del 1 de diciembre de 1988, cada médico con licencia de conformidad con el capítulo 458 o el capítulo 459 que desee participar en el Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento y que de otro modo califique como médico participante bajo ss. 766.301-766.316 deberá pagar una evaluación inicial de \$5,000. Sin embargo, si el médico es médico residente, asistente médico residente o interno en un programa de capacitación de posgrado aprobado, según lo define la Junta de Medicina o la Junta de Medicina Osteopática por regla, y está supervisado de acuerdo con los requisitos del programa establecidos por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados o la Asociación Estadounidense de Osteopatía por un médico que participa en el plan, dicho médico residente, asistente médico residente o interno se considera un médico participante sin el pago de la evaluación. Los médicos participantes también incluyen cualquier empleado del consejo de administración de una universidad estatal que haya pagado la evaluación requerida por este párrafo y el párrafo (5)(a), y cualquier enfermera partera certificada supervisada por dicho empleado. Los médicos participantes incluyen cualquier enfermera partera certificada que haya pagado el 50 por ciento de la evaluación médica requerida por este párrafo y el párrafo (5)(a) y que esté supervisada por un médico participante que haya pagado la evaluación requerida por este párrafo y el párrafo (5) (a). La supervisión de las enfermeras parteras requerirá que el médico supervisor esté fácilmente disponible y tenga un plan de tratamiento preestablecido para problemas específicos del paciente que la enfermera partera certificada supervisada puede llevar a cabo en ausencia de complicaciones. Cualquier médico que

elija participar en dicho plan a partir del 1 de enero de 1989, que no era un médico participante en el momento de dicha elección para participar y que de otro modo califica como médico participante según ss. 766.301-766.316 deberá pagar una evaluación inicial adicional igual a la evaluación más reciente realizada de conformidad con este párrafo, el párrafo (5)(a) o el párrafo (7)(b).

(d) Cualquier hospital ubicado en un condado con una población superior a 1.1 millones de habitantes a partir del 1 de enero de 2003, según lo determine la Agencia para la Administración de Atención Médica en virtud de la Ley de Responsabilidad de Atención Médica, puede optar por pagar los honorarios del médico participante y de la enfermera partera certificada si el hospital determina en primer lugar que el principal objetivo que motiva dicho pago es garantizar la cobertura de los pacientes del hospital conforme a las disposiciones de ss. 766.301- 766.316; sin embargo, ningún hospital puede impedir que ningún médico o enfermera partera participante, directa o indirectamente, forme parte del personal de hospitales que no sean el personal del hospital que realiza el pago. Cada hospital deberá presentar ante la asociación una declaración jurada que establezca específicamente las razones por las cuales el hospital eligió realizar el pago en nombre de cada médico participante y enfermera partera certificada. Los pagos autorizados en virtud de este párrafo serán adicionales a la evaluación establecida en el párrafo (5)(a).

(5)(a) A partir del 1 de enero de 1990, las personas y entidades citadas en los párrafos (4)(b) y (c), excepto aquellas personas o entidades que estén específicamente excluidas de dichas disposiciones, a partir de la fecha determinada de conformidad con el plan de operación, teniendo en cuenta a las personas con licencia posteriores al pago de la evaluación inicial, deberá pagar una evaluación anual por un monto igual a las tasas iniciales previstas en los párrafos (4)(b) y (c). Si la asociación recibe el pago de la evaluación anual por parte de un médico antes del 31 de enero de cualquier año calendario, el médico calificará como médico participante durante todo ese año calendario. Si el pago se recibe después del 31 de enero de cualquier año calendario, el médico calificará como médico participante para ese año calendario solo a partir de la fecha en que la asociación recibió el pago.

El 1 de enero de 1991, y cada 1 de enero a partir de entonces, la asociación determinará el monto de las contribuciones adicionales necesarias conforme a la subsección (7), en la forma requerida por el plan de operaciones, sujeto a cualquier aumento que la 3Oficina de Regulación de Seguros de conformidad con el párrafo (7)(b). El 1 de julio de 1991, y cada 1 de julio subsiguiente, las personas y entidades citadas en los párrafos (4)(b) y (c), excepto aquellas personas o entidades que estén específicamente excluidas de dichas disposiciones, pagarán las contribuciones adicionales que se determinaron el 1 de enero. A partir del 1 de enero de 1990, las entidades citadas en el párrafo (4)(a), incluidas las licenciadas a partir del 1 de octubre de 1988, deberán pagar una evaluación anual de \$50 por bebé nacido durante el año calendario anterior. Las contribuciones adicionales que se determinaron el 1 de enero de 1991, de conformidad con las disposiciones del inciso (7), no serán exigibles ni pagaderas por las entidades citadas en el párrafo (4)(a) hasta el 1 de julio.

(b) Si las cuotas recaudadas de acuerdo con el inciso (4) y la asignación de fondos prevista en s. 76, capítulo 88-1, Leyes de Florida, enmendada por s. 41, capítulo 88-277, Leyes de Florida, al plan del Fondo Fiduciario Regulador de Seguros son insuficientes para mantener el plan sobre una base actuarialmente sólida, por la presente se asigna para la transferencia a la asociación del Fondo Fiduciario Regulador de Seguros un importe adicional de hasta \$20 millones.

(c) 1. Teniendo en cuenta las cuotas recaudadas de acuerdo con el apartado (4) y las asignaciones del Fondo Fiduciario de Regulación de Seguros, si se requiere para mantener el plan sobre una base actuarialmente sólida, la Oficina de Regulación de Seguros exigirá a cada entidad con licencia para emitir seguros de accidentes, tal y como se define en s. 624.605(1)(b), (k) y (q), que pague a la asociación una cuota anual por un importe determinado por la oficina de acuerdo con el apartado (7)(a), en la forma requerida por el plan de operaciones.

2. Todas las evaluaciones anuales se realizarán sobre la base de las primas directas netas escritas para la actividad comercial que forma la base para la inclusión de cada entidad como fuente de financiamiento para el plan en el estado durante el año anterior que finaliza el 31 de diciembre, según se informó a la Oficina de Regulación de Seguros, y será en la proporción que las primas directas netas suscritas por cada aseguradora a cuenta de la

actividad comercial que forma la base para su inclusión en el plan guardan con las primas directas netas agregadas para toda dicha actividad comercial suscrita en este estado por todas esas entidades.

3. Ninguna de las entidades citadas en este párrafo será individualmente responsable de una evaluación anual superior al 0.25 por ciento de las primas directas netas suscritas de esa entidad.

4. Las compañías de seguros de accidentes tendrán derecho a recuperar sus evaluaciones iniciales y anuales a través de un recargo en las pólizas futuras, un aumento de tarifa aplicable prospectivamente o una combinación de ambos.

(6)(a) La asociación realizará todas las evaluaciones requeridas por esta sección, excepto las evaluaciones iniciales de los médicos con licencia a partir del 1 de octubre de 1988, evaluaciones que realizará el Departamento de Regulación Comercial y Profesional, y excepto las evaluaciones de siniestros aseguradores de conformidad con el subpárrafo (5)(c) 1., cuyas evaluaciones serán realizadas por la Oficina de Regulación de Seguros. A partir del 1 de octubre de 1989, para cualquier médico con licencia entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de cualquier año, el Departamento de Regulación Comercial y Profesional realizará la evaluación inicial más la evaluación para el siguiente año calendario. El Departamento de Regulación Comercial y Profesional proporcionará a la asociación, con la frecuencia que considere necesaria, una lista, en un formato legible por computadora, de los nombres y direcciones de todos los médicos con licencia bajo el capítulo 458 o el capítulo 459.

(b) 1. La asociación puede imponer el cobro de las cuotas que deben pagarse de conformidad con ss. 766.301-766.316 por demanda presentada en la corte del condado. La asociación tendrá derecho a una adjudicación de honorarios de abogados, costos e intereses al dictarse una sentencia contra un médico por falta de pago de dicha evaluación, con dicho interés acumulado hasta que se pague. Sin perjuicio de las disposiciones de los capítulos 47 y 48, la asociación puede presentar dicha demanda en el condado de León o en el condado de residencia del demandado.

2. El Departamento de Regulaciones Comerciales y Profesionales, al recibir notificación de la asociación de que no se ha pagado una evaluación y que existe un fallo no satisfecho contra un médico, no renovará ninguna licencia para ejercer para dicho médico emitida de conformidad con el capítulo 458 o el capítulo 459 hasta que en tanto se cumpla la sentencia en su totalidad.

(c) La Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud deberá, luego de que la asociación notifique que una evaluación no se ha pagado a tiempo, hacer cumplir el cobro de dichas evaluaciones requeridas para ser pagadas por los hospitales de conformidad con ss. 766.301-766.316. El hecho de que un hospital no pague dicha evaluación es motivo de acción disciplinaria de conformidad con s. 395.1065 sin perjuicio de cualquier disposición legal en contrario.

(7)(a) La Oficina de Regulación de Seguros llevará a cabo una investigación actuarial de los requisitos del plan con base en la experiencia del plan en el primer año de operación y cualquier información relevante adicional, incluidos, entre otros, los activos y pasivos del plan.

De conformidad con dicha investigación, la Oficina de Regulación de Seguros establecerá la tasa de contribución de las entidades citadas en el párrafo (5)(c) para el año fiscal que comienza el 1 de enero de 1990. Luego de la valuación inicial, la Oficina de Regulación de Seguros dispondrá que se haga una valuación actuarial de los activos y pasivos del plan con una frecuencia no menor a dos años. De acuerdo con los resultados de tales valuaciones, la Oficina de Regulación de Seguros preparará una declaración sobre la tasa de contribución aplicable a las entidades citadas en el párrafo (5)(c). Sin embargo, en ningún momento la tasa será superior al 0.25 por ciento de las primas netas directas suscritas.

(b) Si la Oficina de Regulación de Seguros determina que el plan no se puede mantener sobre una base actuarialmente sólida en función de las evaluaciones y asignaciones citadas en las subsecciones (4) y (5), la oficina aumentará las evaluaciones especificadas en la subsección (4) en forma proporcional según sea necesario.

(8) La asociación deberá informar a la Legislatura su determinación en cuanto al costo anual de mantener el fondo

sobre una base actuarialmente sólida. Al tomar su determinación, la asociación considerará las recomendaciones de todos los hospitales, médicos, aseguradores de accidentes, abogados, consumidores y cualquier asociación que represente a dicha persona o entidad. Sin perjuicio de lo dispuesto en s. 395.3025, todos los hospitales, aseguradoras de accidentes, departamentos, juntas, comisiones y comités legislativos deberán proporcionar a la asociación todos los registros e información relevantes a pedido para ayudar a la asociación a hacer su determinación. Todos los hospitales deberán, a solicitud de la asociación, proporcionar a la asociación información de sus registros con respecto a cualquier nacimiento con vida. Dicha información no incluirá el nombre de ningún médico, el nombre de ningún empleado o agente del hospital, el nombre del paciente o cualquier otra información que identifique al bebé involucrado en el nacimiento. Dicha información así obtenida se utilizará únicamente con el fin de ayudar a la asociación y no someterá al hospital a ninguna responsabilidad civil o penal por la divulgación de la misma. De lo contrario, dicha información será confidencial y estará exenta de las disposiciones de s. 119.07(1) y s. 24(a), art. I de la Constitución del Estado.

(9)(a) Dentro de los 60 días posteriores a la presentación de un reclamo, la asociación estimará el valor actual del costo total del reclamo, incluido el monto estimado que se pagará al reclamante, al abogado del reclamante, los honorarios del abogado de la asociación relacionada con la reclamación, y cualquier otro gasto que se anticipe razonablemente en que incurrirá la asociación en relación con la adjudicación y el pago de la reclamación. A los efectos de esta estimación, la asociación debe incluir los beneficios máximos por daños no económicos.

(b) La asociación revisará estas estimaciones trimestralmente en función de los costos reales incurridos y cualquier información adicional que esté disponible para la asociación desde la última revisión de esta estimación. La estimación se reducirá en cualquier importe pagado por la asociación que esté incluido en la estimación actual.

(c) En caso de que el total de todas las estimaciones actuales sea igual al 80 por ciento de los fondos disponibles y los fondos que estarán disponibles para la asociación dentro de los próximos 12 meses de todas las fuentes descritas en las subsecciones (4) y (5) y el párrafo (7) (a), la asociación no aceptará ningún reclamo nuevo sin la autorización expresa de la Legislatura. Nada de lo anterior impedirá a la asociación aceptar cualquier reclamación si la lesión se produjo con 18 meses de anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta suspensión o antes. Dentro de los 30 días de la fecha de vigencia de esta suspensión, la asociación deberá notificar esta suspensión al gobernador, al presidente de la Cámara de Representantes, al presidente del Senado, a la Oficina de Regulación de Seguros, a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud, al Departamento de Salud, y el Departamento de Regulación Comercial y Profesional.

(d) Si alguna persona no puede hacer valer un reclamo contra la asociación debido al párrafo

(c), el plan no constituirá el remedio exclusivo para dicha persona, su representante personal, padres, dependientes o parientes más cercanos.

**Historia.**-s. 73, cap. 88-1; s. 39, cap. 88-277; s. 44, cap. 88-294; s. 6, cap. 89-186; s. 103, cap. 92-33; s. 122, cap. 92-149; s. 1, cap. 92-196; s. 94, cap. 92-289; s. 66, cap. 93-268; s. 1, cap. 94-85; s. 248, cap. 94-218; s. 426, cap. 96-406; s. 1807, cap. 97-102; s. 81, cap. 97-237; s. 167, cap. 98-166; s. 288, cap. 99-8; s. 227, cap. 2000-160; s. 7, cap. 2002-401; s. 4, cap. 2003-258; s. 1901, cap. 2003-261; ss. 79, 84, cap. 2003-416.

**1Nota.**—Los deberes del Departamento de Seguros fueron transferidos al Departamento de Servicios Financieros o a la Comisión de Servicios Financieros por el cap. 2002-404, y s. 20.13, que creaba el Departamento de Seguros, fue derogado por s. 3, cap. 2003-1.

**2Nota.**—Enmendado por s. 4, cap. 2003-258, promulgado en la sesión ordinaria de 2003. La sección 79, cap. 2003-416, promulgada en la Sesión Especial D, 2003, no incorporó la enmienda de s. 4, cap. 2003-258, agregando el texto “o los nacidos en un hospital de enseñanza como se define en s. 395.806 que han sido considerados por la asociación como exentos de valoraciones desde el año fiscal 1997 hasta el año fiscal 2001.”

**3Nota.**—Enmendado por s. 1901, cap. 2003-261, promulgado en la sesión ordinaria de 2003. Sección 79, cap. 2003-416, promulgada en la Sesión Especial D, 2003, no incorporó la enmienda de s. 1901, cap. 2003-261, que sustituyó

una referencia a la Oficina de Regulación de Seguros por una referencia al Departamento de Seguros.

### **766.3145 Código de ética.**

(1) En o antes del 1 de julio de cada año, los empleados de la asociación deben firmar y presentar una declaración que acredite que no tienen un conflicto de interés como se define en la parte III del capítulo 112. Como condición de empleo, todos los posibles empleados deben firmar y enviar a la asociación una declaración de conflicto de intereses.

(2) El director ejecutivo, los altos directivos y los miembros del consejo de administración están sujetos al código de ética de la parte III del capítulo 112. A los efectos de aplicar la parte III del capítulo 112 a las actividades del director ejecutivo, gerentes sénior y miembros de la junta directiva, esas personas se consideran funcionarios o empleados públicos y la asociación se considera su agencia. Un miembro de la junta no podrá votar sobre ninguna medida que redundaría en su ganancia o pérdida privada especial y, a pesar de s. 112.3143(2), no podrá votar sobre ninguna medida que sepa que puede redundar en la ganancia o pérdida privada especial de cualquier mandante por el que esté contratado o de la organización matriz o subsidiaria de un mandante corporativo por el que esté contratado, que no sea una agencia como se define en s. 112.312; o que sepa que redundaría en la ganancia o pérdida privada especial de un pariente o socio comercial del funcionario público. Antes de que se realice la votación, dicho miembro deberá declarar públicamente a la junta la naturaleza de su interés en el asunto sobre el cual se abstiene de votar y, dentro de los 15 días posteriores a la votación, revelar la naturaleza de su interés como registro público en un memorando presentado ante la persona encargada de levantar el acta de la reunión, quien incorporará el memorando en el acta.

(3) No obstante s. 112.3148, s. 112.3149, o cualquier otra ley, un empleado o miembro de la junta no puede aceptar a sabiendas, directa o indirectamente, ningún obsequio o gasto de una persona o entidad, o un empleado o representante de dicha persona o entidad, que tenga una relación contractual con la asociación. o que está bajo consideración para un contrato.

(4) Un empleado o miembro de la junta que no cumpla con la subsección (2) o la subsección (3) está sujeto a las sanciones previstas en ss. 112.317 y 112.3173.

(5) Cualquier gerente sénior o director ejecutivo de la asociación que esté empleado a partir del 1 de enero de 2022, independientemente de la fecha de contratación, que posteriormente se jubile o finalice su empleo, tiene prohibido representar a otra persona o entidad ante la asociación durante 2 años después de la jubilación o cese de la relación laboral con la asociación.

**Historia.**-s. 4, cap. 2021-134.

### **766.315 Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento; Junta Directiva.**

(1)(a) El Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento estará regido por una junta de siete directores que se conocerá como la Asociación de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento. La asociación no es una agencia, junta o comisión estatal. Sin perjuicio de lo dispuesto en s. 15.03, la asociación está autorizada a utilizar el sello estatal.

(b) Los directores serán designados por períodos escalonados de 3 años o hasta que sus sucesores sean designados y hayan calificado; sin embargo, un director no puede prestar servicios por más de 6 años consecutivos.

(c) Los directores serán designados por el director financiero de la siguiente manera:

1. Un representante ciudadano que no esté afiliado a ninguno de los grupos señalados en los incisos 2.-7.
2. Un representante de los médicos participantes.
3. Un representante de los hospitales.

4. Un representante de las aseguradoras de accidentes.
5. Un representante de los médicos que no sea médico participante.
6. Un padre/madre o tutor legal representante de un bebé lesionado bajo el plan.
7. Un representante de una organización de defensa de los niños con discapacidades.

(2)(a) El director financiero podrá seleccionar al representante de los médicos participantes de una lista de al menos tres nombres recomendados por el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos, Distrito XII; el representante de hospitales de una lista de al menos tres nombres recomendados por la Asociación de Hospitales de Florida; el representante de las aseguradoras de accidentes de una lista de al menos tres nombres, uno de los cuales será recomendado por la Asociación Estadounidense de Seguros, otro de los cuales será recomendado por el Florida Insurance Council y el otro de los cuales será recomendado por la Property Casualty Insurers Association of America; y el representante de médicos, que no sea un médico participante, de una lista de tres nombres recomendados por la Asociación Médica de Florida y una lista de tres nombres recomendados por la Asociación Médica Osteopática de Florida. Sin embargo, el director financiero no está obligado a hacer un nombramiento entre los candidatos de las respectivas asociaciones. Un médico participante que se nombra en una petición pendiente de reclamación no puede ser nombrado miembro de la junta. Un director designado que sea un médico participante no puede votar en ningún asunto de la junta relacionado con un reclamo aceptado para una adjudicación de compensación si el médico se nombra en la petición de reclamo. (b) Si corresponde, el director financiero notificará de inmediato la asociación o persona apropiada identificada en el párrafo (a) para hacer recomendaciones sobre la ocurrencia de cualquier vacante, y se pueden hacer nominaciones similares para llenar la vacante.

(c) El gobernador o el oficial principal de finanzas pueden destituir a un director de su cargo por mala conducta, malversación o negligencia en el cumplimiento del deber en el cargo. Cualquier vacante así creada se cubrirá según lo dispuesto en el párrafo (a).

(3) Los directores no pueden realizar transacciones comerciales ni ejercer ningún poder del plan excepto con el voto afirmativo de cuatro directores. Los directores prestarán servicios sin salario, pero tienen derecho a recibir un reembolso por los gastos reales y necesarios incurridos en el desempeño de sus funciones oficiales como director del plan de acuerdo con s. 112.061. Los directores no están sujetos a ninguna responsabilidad con respecto a la administración del plan.

(4) La junta directiva tiene la facultad de:

- (a) Administrar el plan.
- (b) Administrar los fondos recaudados en nombre del plan.
- (c) Administrar el pago de reclamaciones en nombre del plan.
- (d) Dirigir la inversión y reinversión de cualquier fondo excedente sobre pérdidas y gastos, si cualquier ingreso de inversión generado por ello permanece acreditado en el plan.
- (e) Reasegurar total o parcialmente los riesgos del plan.
- (f) Demandar y ser demandado, y comparecer y defender, en todas las acciones y procedimientos en su nombre en la misma medida que una persona física.
- (g) Tener y ejercer todas las facultades necesarias o convenientes para llevar a cabo cualquiera o todos los fines para los cuales se crea el plan.
- (h) Celebrar los contratos que sean necesarios o convenientes para administrar el plan.
- (i) Emplear o retener a las personas que sean necesarias para realizar las transacciones y responsabilidades administrativas y financieras del plan y para realizar otras funciones necesarias y adecuadas no prohibidas por la ley.

- (j) Empezar las acciones legales que sean necesarias para evitar el pago de reclamaciones indebidas.
- (k) Indemnizar a cualquier empleado, agente, miembro de la junta directiva o su suplente, o persona que actúe en nombre del plan en calidad oficial, por los gastos, incluidos los honorarios de abogados, juicios, multas y montos pagados en acuerdos en los que se haya incurrido real y razonablemente en relación con cualquier acción, juicio o procedimiento, incluida cualquier apelación de los mismos, que surja de la capacidad de dicha persona para actuar en nombre del plan, si dicha persona actuó de buena fe y de una manera en la que razonablemente creía que estaba, o no se opone a los mejores intereses del plan y la salud y el mejor interés del participante que tiene lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento, y si, con respecto a cualquier acción o procedimiento penal, dicha persona tenía motivos razonables para creer que su conducta era legal.
- (5)(a) El dinero puede retirarse a cuenta del plan solo mediante un comprobante autorizado por la asociación.
- (b) Todas las reuniones de la junta directiva están sujetas a los requisitos de s. 286.011, y todos los libros, registros y auditorías del plan están abiertos al público para una inspección razonable, excepto que un archivo de reclamo en posesión de la asociación o su representante sea confidencial y esté exento de las disposiciones de s. 119.07(1) y s. 24(a), art. I de la Constitución del Estado hasta la terminación del litigio o la resolución del reclamo, aunque los registros médicos y otras partes del archivo del reclamo pueden permanecer confidenciales y exentos según lo disponga la ley. Cualquier libro, registro, documento, auditoría o activo adquirido, preparado o pagado por la asociación está sujeto a la autoridad de la junta directiva, que es responsable de ello. (c) Excepto en el caso de reuniones de emergencia, la asociación deberá dar aviso de cualquier reunión de la junta mediante publicación en el sitio web de la asociación no menos de 7 días de anticipación. La asociación preparará una agenda a tiempo para garantizar que cualquier persona que solicite una copia y pague el costo razonable de la misma pueda recibir una copia de la agenda al menos 7 días antes de la reunión. La agenda, junto con cualquier material de la reunión disponible en formato electrónico, excluida la información confidencial y exenta, se publicará en el sitio web de la asociación. La agenda contendrá los asuntos a ser considerados en orden de presentación y un número de teléfono para que los miembros del público participen telefónicamente en la reunión de la junta. Después de que se haya puesto a disposición la agenda, solo se podrá hacer un cambio por una buena causa, según lo determine la persona designada para presidir, y debe constar en el acta. La notificación de dicho cambio se hará lo antes posible.
- (d) Cada persona autorizada para recibir depósitos, emitir comprobantes o retirar o desembolsar fondos deberá depositar una fianza de fidelidad general por un monto razonablemente suficiente para proteger los activos del plan, según lo determine el plan de operaciones. El costo de dicho bono se pagará con los activos del plan.
- (e) Anualmente, la asociación proporcionará informes financieros auditados a cualquier participante del plan que lo solicite, a la Oficina de Regulación de Seguros de la Comisión de Servicios Financieros y al Comité Conjunto de Auditoría Legislativa. Los informes deben prepararse de acuerdo con los procedimientos contables aceptados y deben incluir la información que pueda requerir la Oficina de Regulación de Seguros o el Comité Conjunto de Auditoría Legislativa. En cualquier momento que se considere necesario, la Oficina de Regulación de Seguros o el Comité de Auditoría Legislativa Conjunta podrán realizar una auditoría del plan.
- (f) Los fondos retenidos en nombre del plan son fondos del Estado de Florida. La asociación solo puede invertir fondos del plan en las inversiones y valores descritos en s. 215.47, y estará sujeto a las limitaciones sobre inversiones contenidas en esa sección. Todos los ingresos derivados de dichas inversiones se acreditarán al plan. La Junta de Administración del Estado puede invertir y reinvertir los fondos mantenidos en nombre del plan de conformidad con el acuerdo de fideicomiso aprobado por la asociación y la Junta de Administración del Estado y dentro de las disposiciones de ss. 215.44-215.53.
- (6) La asociación proporcionará anualmente a cada padre y tutor legal que reciba beneficios bajo el plan, ya sea por correo postal o electrónicamente, una lista de gastos compensables bajo el plan.
- (7) La asociación publicará un informe en su sitio web antes del 1 de enero de 2022 y cada 1 de enero a partir de entonces. El informe deberá incluir:



- (a) Los nombres y términos de cada miembro de la junta y miembro del personal ejecutivo.
  - (b) El monto de la compensación pagada a cada empleado de la asociación.
  - (c) Un resumen de disputas y resoluciones de reembolso.
  - (d) Una lista de gastos por honorarios de abogados y honorarios de cabildeo.
  - (e) Otros gastos de oposición a cada reclamación del plan. Cualquier información de identificación personal del padre, tutor legal o participante involucrado en el reclamo debe eliminarse de esta lista.
- (8) El 1 de noviembre de 2021 o antes, y cada 1 de noviembre a partir de entonces, la asociación deberá presentar un informe al gobernador, al presidente del Senado, al presidente de la Cámara de Representantes y al director financiero. El informe debe incluir:
- (a) La cantidad de peticiones de compensación presentadas ante la división, la cantidad de reclamantes a los que se les otorgó compensación, la cantidad de reclamantes a los que se les denegó la compensación y los motivos de la denegación de la compensación.
  - (b) La cantidad y el monto en dólares de la compensación por gastos pagada y denegada por categoría y los motivos de cualquier compensación por gastos denegada por categoría. (c) El tiempo de respuesta promedio para pagar o denegar la compensación por gastos.
  - (d) Recomendaciones legislativas para mejorar el programa.
  - (e) Un resumen de cualquier litigio pendiente o resuelto durante el año que afecte el plan.
  - (f) El monto de la compensación pagada a cada empleado de la asociación o miembro de la junta directiva.
  - (g) Para el informe inicial que vence el 1 de noviembre de 2021 o antes, un informe actuarial realizado por un actuario independiente que proporcione un análisis de los costos estimados de implementar los siguientes cambios al plan:
    1. Reducir la elegibilidad de peso mínimo al nacer para un participante en el plan de 2,500 gramos a 2,000 gramos.
    2. Revisar la elegibilidad para participar en el plan al establecer que un bebé debe tener una discapacidad mental o física permanente y sustancial, en lugar de una discapacidad mental y física permanente y sustancial.
    3. Aumentar el beneficio especial anual o beneficio de calidad de vida de \$500 a \$2,500 por año calendario.
- Historia.**-s. 74, cap. 88-1; s. 40, cap. 88-277; s. 7, cap. 89-186; s. 2, cap. 94-85; s. 427, cap. 96-406; s. 1808, cap. 97-102; s. 3, cap. 98-113; s. 2, cap. 98-409; s. 1902, cap. 2003-261; s. 3, cap. 2006-8; s. 11, cap. 2014-103; s. 5, cap. 2021-134.

### **766.316 Notificación a participantes de obstetricia de participación en el plan.**

Cada hospital con un médico participante en su personal y cada médico participante, que no sean residentes, asistentes de residentes e internos considerados médicos participantes según s. 766.314(4)(c), bajo el Plan de compensación por lesiones neurológicas de Florida relacionadas con el nacimiento, deberá notificar a los pacientes obstétricos sobre la alternativa limitada sin culpa para las lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento. Dicho aviso se proporcionará en formularios provistos por la asociación e incluirá una explicación clara y concisa de los derechos y limitaciones del paciente bajo el plan. El hospital o el médico participante puede elegir que el paciente firme un formulario de acuse de recibo del formulario de notificación. La firma del paciente que acusa recibo del formulario de notificación plantea una presunción refutable de que se han cumplido los requisitos de notificación de esta sección. No es necesario dar aviso a un paciente cuando el paciente tiene una afección médica de emergencia como se define en s. 395.002(8)(b) o cuando el aviso no es factible.

**Historia.**-s. 75, cap. 88-1; s. 8, cap. 89-186; s. 4, cap. 98-113; s. 91, cap. 99-3; s. 205, cap. 2007-230.



SERVICIOS DE APOYO PARA  
FAMILIAS Y MÉDICOS

**Asociación de compensación por lesiones neurológicas  
de Florida relacionadas con el nacimiento**

P.O. Box 14567

Tallahassee, Florida 32317

Llamada gratuita 1-800-398-2129

Teléfono (850) 488-8191

Fax (850) 922-5369

Web NICA.com



## APÉNDICE A: EQUIPAMIENTO

Apéndice A: Equipamiento			
Esta lista incluye, entre otros, equipos que han sido previamente autorizados.			
Equipo < \$3000		Equipo >\$3000	
Asiento/Silla de actividades			Cama
AFO (Ortesis tobillo pie)			Ascensor de Techo (Mobility Works)*
Colchón de baja pérdida de aire			Dispositivo de comunicación
Monitor/Videocámara de bebés			Chaleco de compresión
Silla de baño			Silla de ruedas eléctrica
Asiento para automóvil			Firefly (Sillas)*
Cambiadores			Freedom Concept (bicicletas)*
Computadora			Entrenador de marcha
Silla de alimentación			Cama de hospital
Bomba de alimentación			Rampa Permanente
Rampas de piso/Umbrales			Concentrador portátil de O2
Lentes			Calentador de piscina portátil
Enganche para furgoneta			Rampa portátil
Grúa ortopédica			Silla Ppod
Bañera de hidromasaje o calentador de piscina (límite de \$2500)			Motoneta
Humidificador			Cama Sleep Safe*
iPad***			Bipedestador
Silla de ruedas de transferencia manual			Stim Designs (Sistema Galileo)*
Mega rollos de goma			Silla de paseo
Nebulizador			Tableta
Concentrador de O2			Tobii Dynavox*
Rampa portátil			Trexo*
Máquina de succión portátil			Caminador
Generador portátil (límite de \$3000)			
Oxímetro de pulso			
Piezas de repuesto para equipos			
Estetoscopio			
Máquina de succión			
Banco de terapia			
Tapete de terapia			
Sistema de aseo			
Cinta de transferencia - con asas			
Sistema de recolección de orina			
* Artículos con los que NICA tiene una relación con un proveedor específico			
** A partir del 1/1/2022 ya no hay un límite de \$500 para la compra de iPad			

## APÉNDICE B: SUMINISTROS

### Apéndice B: Suministros

Esta lista incluye, entre otros, los suministros que han sido previamente autorizados.

Ropa adaptable
Alcohol
Comida para bebé
Mochila (para guardar suministros de emergencia sobre la marcha)
Baberos
Almohadillas de refuerzo
Paño para eructar
Toallitas Clorox
Crema contra las erupciones
Pañales (después de los 3 años)
Bolsas de alimentación - Sistema de alivio de presión
Kit de bomba de alimentación
Cucharas de alimentación
Suministros de limpieza de sondas de alimentación
Bloques de escalada de espuma
Fórmula
Gasa
Guantes
Accesorios para sonda de gastrostomía
Empuñaduras
Casco de hipoterapia
Mascarillas
Polvo sustituto de comidas
Botones MIC-key
Hisopos bucales
Cánula nasal
Cepillos de dientes de succión oral
Oxígeno

Pedialyte
Peróxido
Pañales Pullups
Salina
Desinfectante
Calzado para AFO (Ortesis tobillo pie)
Calcetines para AFO
Tazas de alimentación especializadas
Catéter de succión
Bandeja de succión
Suplementos
Jeringas
Cinta
Hisopos dentales Toothette
Suministros de traqueotomía
Tubos de traqueotomía
Bolsas de basura
Tubos
Ropa interior (con o sin cinta)
Suministros para el sistema de recolección de orina
Bolsas de emesis
Paños
Agua (para equipo o fórmula)
Manta con peso
Toallitas (después de los 3 años)

# MANUAL DE BENEFICIOS

Aprobado el 25 de agosto de 2022



Asociación de compensación por lesiones neurológicas  
de Florida relacionadas con el nacimiento

P.O. Box 14567

Tallahassee, Florida 32317

Llamada 1-800-398-2129  
gratuita

Teléfono (850) 488-8191

Fax (850) 922-5369

Web NICA.com



SERVICIOS DE APOYO PARA  
FAMILIAS Y MÉDICOS