

MANUAL DE BENEFICIOS

Aprobado el 24 de agosto de 2023



SUPPORTIVE SERVICES FOR
FAMILIES & PHYSICIANS

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	3
Beneficios	4
Solicitud de reclamación de reembolso o beneficios	4
Adjudicación parental inicial	4
Atención de enfermería	4
Atención de enfermería proporcionada en el hogar por los padres o el tutor legal	5
Atención durante su hospitalización	5
Enfermería profesional o atención auxiliar proporcionada en el hogar	5
Atención de enfermería proporcionada antes del ingreso al programa de la NICA	5
Atención de asistencia residencial	5
Tratamiento médico	6
Tratamiento odontológico	6
Medicamentos con receta	6
Pólizas y primas de seguro	6
Prima del seguro	6
Terapia	7
Servicios de salud mental	7
Equipo	8
Estipendio para la electricidad	8
Anexo A: equipos	9
Suministros	10
Anexo B: suministros	10
Productos nutricionales especializados	11
Beneficio especial anual	11
Transporte	12
Transporte confiable	12
Reembolso de gastos de viaje	12
Asistencia de vivienda	13
Fondo de apoyo en caso de duelo	13
Tutela	14
Programas o equipos experimentales	14
Beneficios no abordados específicamente	14
Procedimientos	15
Autorización para obtener servicios fuera del área cubierta por su plan de seguro o fuera del estado	15
Desacuerdos, denegación de beneficios	15
Secciones de la Ley NICA 766.301-766.316, de los Estatutos de Florida	16
Información de contacto	33

Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida (aprobado el 25 de agosto de 2022)

INTRODUCCIÓN

Bienvenido al Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida ("Plan"). Más conocido como NICA, el Plan está diseñado para proporcionar una compensación, sin culpa, para una clase limitada de lesiones catastróficas que resultan en costos inusualmente altos para la atención de asistencia y la rehabilitación. Para ello, el Plan proporciona una amplia gama de beneficios.

Recomendamos encarecidamente a cada familia que se familiarice con este Manual de beneficios, que ofrece una guía clara sobre los posibles beneficios disponibles conforme al Plan de la NICA. Como resultado de los cambios legislativos realizados por la Legislatura de Florida en 2021, el Plan de la NICA ofrece varios beneficios adicionales y mejorados que todas las familias deberían revisar y conocer.

El propósito de este Manual de Beneficios es proporcionar información simple y franca sobre los beneficios disponibles de la NICA y cómo las familias pueden solicitar dichos beneficios. Sin embargo, este Manual de beneficios es una guía. En última instancia, las actividades de la NICA se rigen por las secciones 766.301-766.316 de los Estatutos de Florida, a veces conocidos como Ley NICA. Es esencial comprender que dicho estatuto, no este manual, regula cualquier conflicto entre la información de este Manual de beneficios y la ley misma.

Por lo general, de acuerdo con la ley de Florida, la NICA paga los gastos reales "médicamente necesarios y razonables" de un participante, que incluyen, entre otros:

- Atención médica y hospitalaria, atención de habilitación y capacitación, atención residencial o de asistencia
- Servicios y atención residenciales y de asistencia profesionales
- Medicamentos necesarios desde el punto de vista médico
- Equipos y centros especiales necesarios desde el punto de vista médico; y viajes relacionados

(Consulte la sección 766.31(1)(a), de los Estatutos de Florida)

Aunque este Manual intenta describir la variedad de beneficios disponibles para las familias, la NICA también puede pagar otros suministros, equipos o gastos médicamente necesarios asociados con la afección y las necesidades médicas del participante. Las familias deben enviar los gastos médicamente necesarios que no se tratan en este Manual de Beneficios para su consideración a su administrador de casos.

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

Tenga en cuenta que si bien, dados los recientes cambios legislativos en Florida, la NICA se considera principal para Medicaid y un tercero para los servicios cubiertos por la NICA, todavía estamos trabajando con AHCA en un plan para coordinar los servicios y garantizar que su prestación no implique ningún inconveniente para nuestros participantes. Hasta que el plan esté finalizado, las familias participantes no deben cambiar la forma en que obtienen los servicios de sus proveedores. Una vez que el plan de transición esté completo, se comunicará a las familias junto con cualquier nuevo proceso. Sin embargo, si una familia tiene algún problema con la obtención de los servicios de Medicaid, comuníquese con su administrador de casos para que la NICA pueda continuar y hacer la transición de esos servicios a la financiación de la NICA.

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO O BENEFICIOS

Con el fin de solicitar un nuevo beneficio, es posible que se le pida al padre o tutor de un participante de la NICA que le proporcione uno o una combinación de los siguientes requisitos:

- Una carta de necesidad médica del médico que lo solicita o del proveedor de atención médica calificado y con licencia correspondiente y/o terapeuta con licencia.
- Explicación de beneficios (EOB) o denegación de cobertura por parte de la compañía aseguradora.
- Un recibo u otra prueba de compra o instrucciones para pagar el reembolso a usted o al proveedor directamente
- Una explicación por escrito del padre o tutor sobre por qué el beneficio es lo mejor para el participante y cómo se relaciona con la lesión al nacer.

Consulte las descripciones de beneficios individuales para seguir y detallar 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 necesita, comuníquese con su administrador de casos del personal de enfermería.

Tenga en cuenta que la ley NICA está sujeta a la supervisión y la rendición de cuentas por parte de muchas agencias e instituciones gubernamentales. Como tal, la NICA debe ser capaz de demostrar la exactitud y legalidad de todos los pagos a las familias a través de los documentos requeridos y los pagos asociados.

La NICA respetará las solicitudes de reembolso de gastos de proveedores médicos y farmacias presentadas dentro de 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 facturas o recibos del proveedor. Este plazo no se aplica a los gastos incurridos antes de la aceptación del participante en el programa de la NICA. El reembolso se pagará de manera oportuna y se le notificará por escrito si un beneficio es denegado o si la NICA no cuenta con suficiente información o documentación para pagar el beneficio.

ADJUDICACIÓN PARENTAL INICIAL

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

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Para que la NICA pague la atención de enfermería de un participante, su administrador de casos enviará un Formulario del paciente y cuidadores de enfermería (PNCF, por sus siglas en inglés) a un médico que proporcione atención para que lo complete al participante. Este formulario es el que utilizará la NICA para autorizar el monto y el tipo de atención disponible. El formulario identifica el número de horas de atención requeridas y el nivel de atención para dichas horas (es decir, CNA, LPN o RN). La NICA puede llevar a cabo periódicamente una revisión con profesionales médicos para evaluar las necesidades en curso y, en ocasiones, en evolución, de los participantes a lo largo del tiempo.

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

Atención de enfermería proporcionada en el hogar por el padre o tutor legal:

Cuando se requiera atención profesional de enfermería o auxiliar, la NICA puede reembolsarle a los padres o tutor legal los servicios de asistencia residencial médicamente necesarios y razonables, según lo documentado en el PNCF. Esto sería una alternativa o, además de pagar por la atención profesional de enfermería 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 la NICA puede reembolsarle a los padres o tutor legal hasta 10 horas de atención residencial o de asistencia familiar que le proporcionan directamente al participante en un plazo de 24 horas. Si se autorizan más de 10 horas, se puede reembolsar a otros cuidadores los servicios de atención médica que se autorizaron y proporcionaron por un tiempo mayor a 10 horas. La NICA no reembolsa ninguna hora cuando el participante esté en la escuela o PPEC.

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

Para participantes de la NICA nacidos antes del 7 de junio de 2002:

El reembolso está sujeto a las limitaciones especificadas en el Acuerdo de conciliación de acción colectiva y la sentencia y orden final que aprueba el acuerdo de conciliación colectiva (disponible en nica.com). Para estas familias, la NICA puede reembolsarle al padre o tutor legal hasta 20 horas diarias por atención directamente al participante. Si otros cuidadores participan en la atención, el límite combinado es de 20 horas por día. También se deducen las horas escolares. Si un padre o tutor cuida directamente al participante y es un cuidador profesional con licencia (por ejemplo, asistente de enfermería certificada, enfermero práctico licenciado o enfermero diplomado), se le puede pagar al cuidador hasta 24 horas al día. Las tarifas de pago se basan en el nivel de licencia del padre o tutor y el número de horas autorizadas por el médico.

Atención durante la hospitalización:

Si un participante de la NICA se encuentra hospitalizado y el padre o tutor legal debe permanecer con él mientras se encuentre en el hospital, la NICA le reembolsará al padre o tutor legal hasta 24 horas por día de acuerdo con su monto habitual de pago, incluso el día de admisión y el día de alta. Este cambio será efectivo el 1 de enero de 2021.

Atención profesional de enfermería o de asistente proporcionada en casa:

Si lo recomienda un médico, la NICA reembolsará a las familias por la atención de enfermería o asistente profesional médicamente necesaria y razonable brindada al participante. La NICA reembolsará directamente a una agencia de proveedores u otro cuidador calificado, según lo prefiera el padre o tutor legal. También se puede reembolsar a los padres cuando un tercero cuidador no cumple un turno y uno de los padres debe proporcionar parte de la atención, sujeto a que se proporcione documentación a la NICA sobre los turnos no atendidos.

Para solicitar este beneficio, el padre o tutor legal puede comunicarse con su administrador de casos del personal de enfermería. El administrador de casos solicitará información de pago para la persona o la agencia de enfermería que el padre desea cuidar del participante.

Atención de enfermería proporcionada antes del ingreso al programa de la NICA:

La atención médica de enfermería proporcionada desde la fecha del alta de la NICU hasta la fecha de entrada en el programa de la NICA es reembolsable conforme a los parámetros anteriores. El PNCF se obtendrá en el momento de entrada en el programa y se aplicará de forma retroactiva.

Atención residencial de asistencia:

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

TRATAMIENTO MÉDICO

La NICA reembolsará las visitas al médico relacionadas con la atención y el tratamiento relacionados con la lesión neurológica de nacimiento, incluidos los copagos y deducibles, si corresponde.

La NICA reembolsará la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluida la atención de emergencia relacionada con la atención y el tratamiento asociados con lesiones neurológicas del nacimiento y los cargos de los centros.

TRATAMIENTO DENTAL

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

MEDICAMENTOS CON RECETA

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

PÓLIZAS Y PRIMAS DE SEGURO

La NICA recomienda a las familias tener 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, pregunte sobre este beneficio con su administrador de casos del personal de enfermería.

Primas del seguro

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

La NICA requiere una copia del documento de cobertura y la prima que identifique la parte de la prima que el participante debe pagar por este gasto. Si la documentación no identifica específicamente la parte del participante, la NICA se reserva el derecho de calcular cuánto de la prima reembolsará prorrateado.

TERAPIA

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

Algunas de las terapias cubiertas incluyen:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia de lenguaje
- Terapia acuática
- Terapia intensiva
- Terapia musical
- Equinoterapia
- Terapia de masajes
- Terapia conductual
- Terapia de la visión

Los programas de campamentos de terapia anuales estarán cubiertos hasta \$2000. El campamento de terapia puede tener una cobertura superior a \$2000 si cumple con los estándares de una terapia intensiva. Su administrador de casos del personal de enfermería evaluará el plan de atención del programa del campamento de terapia para determinar si el campamento de terapia puede ser cubierto.

Los tratamientos adicionales también pueden ser elegibles para cobertura. Pregunte a su administrador de casos del personal de enfermería si un proveedor médico recomienda una terapia no mencionada anteriormente.

La NICA puede consultar periódicamente a los profesionales médicos adecuados con respecto a la necesidad médica de continuar con diversas terapias.

Para solicitar la terapia para el participante, la NICA requiere un plan de atención escrito por el terapeuta y firmado por el médico del participante, así como información que demuestre que el resto de los pagadores denegó la terapia, como los seguros, los planes prepagados, HMO o la asistencia gubernamental que pueda estar disponible. Si la terapia está parcialmente cubierta por un plan de seguro u otra entidad, la NICA pagará el copago o la parte de responsabilidad del paciente.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La NICA cree en la promoción del bienestar de nuestros participantes y sus familias. A partir del 21 de junio de 2021, la NICA proporcionará a los miembros de la familia inmediata, o a los tutores legales que residan con el participante, un beneficio total anual de hasta \$10,000 para obtener servicios de salud mental de proveedores con licencia conforme al capítulo 490 y el capítulo 491 de los Estatutos de Florida o estatutos similares en otros estados. Los proveedores conforme a estos capítulos incluyen a psicólogos, terapeutas para el matrimonio y la familia, asesores de salud mental y trabajadores sociales. Los servicios de salud mental proporcionados por psiquiatras con licencia conforme al capítulo 458 de la Ley de Florida o estatutos similares en otros estados, también calificarán para recibir un reembolso. La NICA también pagará por los copagos o deducibles. 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 obtener un reembolso, se le debe proporcionar a la NICA la documentación de que el proveedor tiene licencia en el estado de origen para proporcionar dichos servicios, una explicación de beneficios, si corresponde, prueba de pago y las fechas del servicio.

Las recomendaciones fuera de la terapia hechas a miembros de la familia por proveedores de salud mental (por ejemplo, medicamentos recetados, terapia de masajes, yoga, etc.) no son reembolsables a través de este beneficio.

EQUIPOS

La NICA comprará o reembolsará los gastos reales del equipo que se solicite para la atención de un participante. Dado que el equipo que necesitan los participantes de la NICA varía mucho, se encuentra en el Anexo A una lista de equipos cubiertos hasta la fecha.

Para solicitar o reembolsar equipos con un costo inferior a \$3,000, la NICA requerirá una declaración por escrito del padre o tutor legal del participante en la que indique por qué el equipo es necesario, si no está claramente relacionado con la lesión, y una denegación del seguro si el artículo potencialmente está cubierto por el plan de seguro del participante.

Para solicitar o reembolsar equipos con un costo superior a \$3,000, la NICA necesitará 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, por ejemplo, una silla de ruedas, la NICA también necesitará las especificaciones del pedido si lo compra directamente a un proveedor.

Existen piezas de equipo específicas en las que la NICA tiene una relación con un proveedor para un tipo o marca de equipo especializado y le gustaría solicitar directamente el equipo solicitado a estos proveedores. Puede encontrar una lista de este equipo en el Anexo A con un “*” al lado del nombre del equipo. En estos casos, se aplicaría la documentación necesaria en las categorías anteriores.

A partir del 1/1/23, para aquellos equipos que la NICA compre o reembolse para el participante, se pueden reembolsar las garantías extendidas y los accesorios de protección.

Comunicarse con los administradores de casos del personal de enfermería de la NICA si existe una incertidumbre acerca de si el equipo solicitado puede o no necesitar una denegación del seguro.

Estipendio para la electricidad

A partir del 15 de octubre de 2021, si se solicita, la NICA puede pagar a las familias un estipendio mensual para compensar los costos adicionales de electricidad asociados con el uso de equipo médicamente necesario relacionado con la lesión neurológica del participante. El monto del estipendio mensual para 2021 es de \$100 y está indexado al [costo por kilovatio por hora](#) de la Oficina de Estadísticas Laborales de EE. UU. para la región del Atlántico Sur. El estipendio se ajustará cada 1 de enero para reflejar el cambio porcentual en los kilowatios por hora desde noviembre del año anterior (es decir, la variación anual desde la tarifa de noviembre más reciente a la tarifa de noviembre anterior a eso). Para calificar para el estipendio, las familias necesitarán caer bajo una de dos categorías.

Categoría 1:

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

Categoría 2:

El participante tiene costos adicionales de electricidad 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 administrador de casos del personal de enfermería para solicitar el estipendio e informar a su administrador de casos sobre el equipo médico necesario que se utiliza actualmente en el hogar. Esto debe solicitarlo el padre o tutor y se puede pagar a partir del día 1 del mes posterior a la entrada del participante al programa.

Anexo A: equipos

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

<u>Equipos < \$3000</u>			<u>Equipos > \$3000</u>
Asiento/silla de actividad			Cama
Órtesis de tobillo y pie			Elevador de techo (Mobility Works)*
Colchón antiescaras			Dispositivo de comunicación
Monitor de bebé/video			Chaleco de compresión
Silla de baño			Silla de ruedas eléctrica
Silla para auto			Sillas Firefly*
Cambiador para bebés			Freedom Concept (Bicicletas)*
Computadora			Andador de entrenamiento
Silla para comer			Cama de hospital
Bomba de alimentación			Rampa permanente
Rampas/Umbrales de piso			Concentrador portátil de oxígeno (O ₂)
Gafas			Calentador portátil de piscina
Enganche para furgoneta			Rampa portátil
Elevador Hoyer			Silla Ppod
Bañera de hidromasaje o calentador de piscina (límite de \$2500)			Patineta
Humidificador			Cama Sleep Safe Bed*
Ipad***			Soporte Vertical
Silla de ruedas de transferencia manual			Stim Designs (Sistema Galileo)*
Rollos de goma de grandes dimensiones			Cochecito de paseo
Nebulizador			Tableta
Concentrador de oxígeno (O ₂)			Tobii Dynavox*
Rampa portátil			Trexo*
Máquina de succión portátil			Andador
Generador portátil (\$3000 límite)			
Oxímetro de pulso			
Piezas de repuesto para equipos			
Estetoscopio			
Máquina de succión			
Banco para terapia			
Colchoneta para terapia			
Sistema de aseo			
Cinturón de transferencia con asas			
Sistema de recolección de orina			

*Artículos para los que la NICA tiene una relación con un proveedor específico

** A partir del 1/1/2022 ya no hay un límite de \$500 para la compra del iPad

SUMINISTROS

La NICA comprará o reembolsará los gastos reales por los insumos que se solicitan para la atención de un participante. Debido a que los suministros que necesitan los participantes de la NICA varían mucho, una lista de los suministros que ha sido cubiertos hasta la fecha se encuentra en el Anexo B.

Para solicitar o reembolsar los suministros que son menores a un gasto puntual de \$3000 o un gasto recurrente mensual que no sea de \$1000, la NICA requerirá una declaración por escrito del padre o tutor legal del participante que indique 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 solicitar o reembolsar los suministros que son más de un gasto puntual de \$3,000 o un gasto recurrente mensual superior a \$1000, la 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.

*Se puede contactar a los administradores de casos del personal de enfermería de la NICA si existe incertidumbre sobre si el artículo solicitado puede o no necesitar una denegación del seguro.

Anexo B: suministros

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

Ropa adaptable
Alcohol
Alimento para bebés
Mochila (para guardar suministros de emergencia sobre la marcha)
Baberos
Almohadillas de refuerzo
Paños para eructos
Toallitas Clorox
Crema para rozaduras del pañal
Pañales (después de los 3 años)
Bolsa de alimentación - Sistema antiescaras
Kit de bomba de alimentación
Cucharas de alimentación
Suministros de limpieza de sondas de alimentación
Bloques de espuma para escalar
Fórmula
Gasa
Guantes
Accesorios para sonda gástrica
Dispositivos de agarre
Casco de hipoterapia
Mascarillas
Polvo sucedáneo de alimentos
Botones Mic-Key
Hisopos bucales
Cánula nasal
Cepillos de dientes de succión oral
Oxígeno

Pedialyte
Peróxido
Pañales de entrenamiento
Solución salina
Desinfectante
Zapatos para ortesis de tobillo-pie
Calcetines para ortesis de tobillo-pie
Tazas de alimentación especializadas
Catéter de succión
Bandeja de succión
Suplementos
Jeringas
Cinta adhesiva
Toothettes
Suministros para traqueostomía
Cánula de traqueostomía
Bolsas de basura
Tubos
Almohadillas (con o sin cinta)
Suministros para el sistema de recolección de orina
Bolsas Emesis
Paños
Agua (para equipo o fórmula)
Manta con peso
Toallitas (después de los 3 años)

Productos nutricionales especializados

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

Opción 1: reembolso por los productos nutricionales especializados preenvasados:

La NICA reembolsará los productos nutricionales especializados que proporcionen un valor nutricional necesario y sean médicamente necesarios. Los alimentos en puré para bebés, fórmulas enterales y otros productos nutricionales especializados serán reembolsables mientras sean médicamente necesarios. Las familias deben enviar un recibo con cualquier solicitud de reembolso.

Opción 2: estipendio mensual para alimentos frescos:

La NICA alienta a las familias a usar alimentos frescos y, a partir del 1 de octubre de 2022, la NICA proporcionará un estipendio mensual para aquellos alimentos frescos necesarios para que las familias preparen alimentos en puré en el hogar. El estipendio mensual se basa en el Plan Económico de Alimentos del USDA (USDA's Thrifty Food Plan), que calcula el costo mensual para una dieta nutritiva en función de la edad. El estipendio mensual a partir del 1 de octubre de 2022 se basará en el informe del [Plan Económico de Alimentos del USDA de noviembre de 2022](#). La NICA actualizará el monto del estipendio mensual para las familias cada 1 de enero con base en el informe promedio mensual disponible del Plan Económico de Alimentos del USDA más reciente.

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

Licadora

Además, la NICA reembolsará a las familias, cuyo participante requiera una dieta de alimentos blandos/puré modificados, hasta \$500 por una licadora cada tres años. Las familias deben enviar un recibo con cualquier solicitud de reembolso para una licadora y es posible que se requiera una carta de necesidad médica.

BENEFICIO ESPECIAL ANUAL

La NICA reembolsará a las familias hasta \$500 por año calendario por cualquier artículo que esté relacionado con el mejor interés del participante. Entre los ejemplos se encuentran juguetes adaptativos, equipos de piscina, juegos, dispositivos electrónicos y otros artículos que mejoran la calidad de vida. A partir del beneficio de 2021, cualquier monto sin usar se puede reembolsar de forma indefinida.

TRANSPORTE Y VIAJES

Transporte confiable

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

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

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

- Precio de compra del vehículo y costos de adquisición asociados
- Placas/registro y renovación
- Gastos de mantenimiento. Todo gasto que exceda los \$500.00 requiere una aprobación previa o es posible que no se reembolse.
- Cobertura de seguro básico, cobertura total por colisión y cobertura integral. La NICA debe figurar como acreedor prendario de la póliza.
- El millaje correspondiente a citas médicas o viajes preaprobados se reembolsará al doble de la [tarifa de GSA](#) en un vehículo proporcionado por el gobierno.

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

Las familias que ya no necesiten un vehículo deben devolverlo a la NICA en buenas condiciones de funcionamiento en un plazo de 60 días.

Reembolso de gastos de viaje

La NICA reembolsará los gastos incurridos cuando un participante de la NICA viaje hacia y desde citas médicamente necesarias, como visitas al médico, terapia u otros viajes médicamente necesarios. Además, la NICA reembolsará el millaje asociado con los viajes a la farmacia para recetas relacionadas con la lesión de nacimiento del participante (requiere recibo fechado y etiqueta), y cualquier viaje no rutinario relacionado con suministros/equipos (por ejemplo, si un equipo es roto y necesita reparación, con la documentación adecuada, se podrá reembolsar el kilometraje por el viaje de ida y vuelta para llevar el equipo a reparar).

Si al participante lo trasladan, la NICA reembolsará las tarifas de estacionamiento y peajes (al enviar los recibos), así como el millaje facturado a las siguientes tarifas:

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

Para que se le reembolse el millaje, la NICA debe tener documentación de la cita reembolsable a la que asistió el participante. El administrador de casos del personal de enfermería del participante calculará el reembolso del millaje usando las direcciones de ubicación proporcionadas por el padre o tutor legal. Si el padre 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 administrador de casos del personal de enfermería para obtener el reembolso.

Cuando un participante debe viajar, de ida, ya sea 30 millas o más de 45 minutos, desde su casa para una cita médica, terapéutica o de otro modo reembolsable, la NICA reembolsará las comidas y gastos imprevistos a la tarifa del día de viaje de GSA (75 % del viático) para hasta dos cuidadores y el participante de la NICA, si corresponde (es decir, el participante puede consumir alimentos por vía oral, no tiene una disfunción del sistema digestivo que impida la capacidad de consumir alimentos y no recibe reembolso para productos nutricionales especializados preenvasados o el estipendio mensual para alimentos frescos). No se requieren recibos. Tenga en cuenta que la tarifa utilizada es la vigente en la ciudad de destino.

Cuando el participante y uno de sus padres/tutor viajen al menos 50 millas desde su hogar y deban quedarse por la noche, la NICA reembolsará las adaptaciones del gasto real hasta 1.3 veces la tarifa de hospedaje de GSA, más los impuestos sobre las ventas aplicables, para la ciudad de destino.

Las comidas e imprevistos también se reembolsan en el caso de los viajes nocturnos, según las políticas de GSA, para hasta dos cuidadores y participantes de la NICA, si corresponde.

A partir del 1 de enero de 2022, si el participante recibe un vuelo, la NICA reembolsará las tarifas de viaje del acompañante y los dos padres/tutores y reembolsará las adaptaciones del gasto real hasta 1.3 veces la tarifa de alojamiento de GSA. Esta tarifa de GSA está destinada a cubrir a todos los viajeros.

Al enviar los recibos, la NICA puede reembolsar los gastos de transporte médicamente necesarios que no se mencionan anteriormente. Comuníquese con su administrador de casos de enfermería si tiene preguntas sobre el reembolso de otros gastos relacionados con viajes.

A partir del 9/1/23, se reembolsará el millaje médico y los viáticos de hasta dos de los cuidadores, independientemente de la distancia del hospital. El millaje solo se puede reembolsar por un viaje de ida y vuelta por día. Para los padres que opten por permanecer en el hospital durante la noche con el participante, los viáticos del día de admisión y del día de alta se reembolsarán según la tarifa del día de viaje de GSA (75 % del viático), los días entre el ingreso y el alta se reembolsarán a la tarifa completa de viáticos. Si el padre no pasa la noche en el hospital con el participante, los viáticos se reembolsarán según la tarifa de día de viaje de GSA (75 % del viático) por cada día que el participante esté hospitalizado.

ASISTENCIA DE 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 de diversas maneras, incluidas (entre otras) renovaciones accesibles en una vivienda actual, construcción de viviendas nuevas, pagos mensuales de hipoteca o alquiler, gastos de mudanza a una vivienda más accesible, generadores para toda la casa o un pago inicial para una casa nueva. Comuníquese con su administrador de casos si tiene alguna pregunta y si necesita información sobre la documentación necesaria para utilizar este beneficio en particular.

FONDO DE APOYO EN CASO DE DUELO

El objetivo máximo de la NICA es apoyar a los participantes y a las familias en cada etapa de la vida. En caso de que la NICA sea notificado del fallecimiento de un participante, las familias recibirán \$50,000 en un esfuerzo por eximirlos de los gastos derivados de los servicios. Un momento de pérdida puede ser emocional y confuso, la NICA desea ser un recurso de sanación para sus familias durante estos tiempos difíciles.

TUTELA

Cuando un participante cumple 18 años, los estados suelen exigir que los padres se conviertan en tutores legales para seguir tomando decisiones médicas en su nombre. La NICA cubrirá los costos para que las familias obtengan la tutela de su participante de la NICA. Las familias pueden elegir su propio abogado, o si lo solicita uno de los padres, la NICA puede proporcionar una lista de abogados especializados en la 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. La NICA también cubrirá los costos de las renovaciones anuales de la tutela.

PROGRAMAS O EQUIPOS EXPERIMENTALES

Cuando el padre o tutor legal solicita que la NICA pague por la participación en un programa experimental u obtener un equipo experimental, el Director Ejecutivo puede aprobar la solicitud con base en los siguientes criterios:

1. El costo total asociado con el programa o equipo no debe ser excesivo y debe enviarse para una preaprobación. Puede incluir la duración del programa; beneficios médicos esperados; y la disponibilidad del programa en otro lugar 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 detallando su necesidad médica.
3. Se deben proporcionar pruebas de que el programa o equipo experimental ha mostrado un beneficio médico objetivo, observable o demostrable, así como evidencia 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 experimentales solicitados.
5. Se puede autorizar la continuación del programa o equipo si la evaluación periódica por parte de un médico muestra un beneficio médico objetivo, observable o demostrable para el participante.

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

En un esfuerzo por proporcionar claridad y transparencia, no se han aprobado para reembolso:

- Terapia con células madre
- Tratamientos con hormonas de crecimiento humanas
- Tratamientos hiperbáricos
- Enbrel

BENEFICIOS NO ABORDADOS ESPECÍFICAMENTE

La Junta ha autorizado al Director Ejecutivo a aprobar los beneficios descritos en este Manual de beneficios. No obstante, la Junta reconoce que puede haber tipos de equipos u otros artículos que pueden ser de valor para un participante y su familia, pero que no se mencionan en este Manual de beneficios. Si hay un artículo o servicio que considere que debería estar cubierto y que no se menciona, hable con su administrador de casos.

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

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

DESACUERDOS, DENEGACIÓN DE BENEFICIOS

Si surge un desacuerdo sobre una reclamación de beneficios, lo invitamos a conversar sobre el tema con un supervisor de reclamaciones de enfermería. Ellos agradecerán tener la oportunidad de trabajar con ustedes con la esperanza de resolver el desacuerdo. En algunos casos, la NICA puede solicitar una carta de necesidad médica o documentación adicional que esté claramente escrita.

Si surge un desacuerdo y el supervisor de reclamaciones de enfermería no puede resolverlo, previa solicitud por escrito, el Director Ejecutivo puede revisar la reclamación e intentar resolver el desacuerdo con los padres o tutores legales.

Si el Director Ejecutivo no puede resolver el desacuerdo y se le niega un beneficio, los padres o tutores legales tienen derecho a presentar una solicitud ante la División de Audiencias Administrativas para disputar el monto de los gastos reales reembolsados o la denegación de beneficios. Consulte DOAH.fl.us para obtener más detalles. Los padres o tutores legales pueden comunicarse con el Defensor del Consumidor de Seguros del Departamento de Servicios Financieros de Florida para obtener orientación adicional de forma informal.

La dirección para enviar una carta o petición es la siguiente:

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:

Office of the Insurance Consumer Advocate Florida Department of Financial Services

Oficina: 850.413.2868

Fax: 850.487.0453

CAPÍTULO 766 DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA, 2021

766.301 Conclusiones e intenciones legislativas.

1) La Legislatura realiza las siguientes conclusiones:

(a) Los médicos que ejercen la obstetricia son especialistas médicos de alto riesgo para quienes las primas del seguro por mala práctica son muy costosas, y los recientes incrementos en dichas primas han sido mayores para dichos médicos que para otros médicos.

(b) Cualquier nacimiento que no sea un nacimiento normal por lo general da lugar a una reclamación contra el médico a cargo; en consecuencia, dichos médicos se encuentran entre los médicos más gravemente afectados por los problemas de mala práctica médica actuales.

(c) Dado que los servicios obstétricos son esenciales, le corresponde a la Legislatura proporcionar un plan que resulte en la estabilización y reducción de las primas del seguro por mala práctica para los proveedores de tales servicios en Florida.

(d) Los costos de 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 la presente ley debe determinarse exclusivamente en un procedimiento administrativo.

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

Historia.—sec. 60, cap. 88-1; sec. 1, cap. 98-113.

766.302 Definiciones; sec. 766.301-766.316.—Tal como se utiliza en las sec. 766.301-766.316, el término:

(1) "Asociación" significa la Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida, establecida en la sec. 766.315 para administrar el Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida, y el plan de operación establecido en la sec. 766.314.

(2) Por "lesión neurológica relacionada con el nacimiento" se refiere a una lesión en el cerebro o la médula espinal de un bebé vivo que pese al menos 2,500 gramos en una sola gestación o, en el caso de una gestación múltiple, de un bebé vivo que pese al menos 2,000 gramos al nacimiento, causada por falta de oxígeno o una lesión mecánica durante el trabajo de parto o el alumbramiento, o una reanimación en el período inmediato posterior al parto en un hospital, que haga que el bebé tenga deficiencias mentales y físicas de forma permanente y sustancial.

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

(3) "Demandante" se refiere a cualquier persona que presenta una reclamación de conformidad con la sec. 766.305, por una indemnización por una lesión neurológica causada al nacimiento de un bebé. Una reclamación de este tipo puede presentarla cualquier representante legal en nombre de un bebé lesionado; y, en el caso de un bebé fallecido, la reclamación puede ser presentado por un administrador, un representante personal u otro representante legal del mismo.

(4) "Juez de derecho administrativo" se refiere a un juez de derecho administrativo designado por la división.

(5) "División" se refiere a la División de Audiencias Administrativas del Departamento de Servicios de Gestión.

(6) "Hospital" se refiere a cualquier hospital con licencia en Florida.

(7) "Médico participante" se refiere a un médico con licencia en la Florida para ejercer la medicina que practica la obstetricia o realiza servicios obstétricos a tiempo completo o medio tiempo y que había pagado o estaba exento del pago en el momento de la lesión la evaluación requerida para participar en el plan de compensación por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento del parto para el año en el que ocurrió la lesión. Dicho término no se aplica 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 Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida, establecido de conformidad con la sec. 766.303.

(9) "Familiar" se refiere al padre, la madre o el tutor legal.

(10) Por "atención residencial o de asistencia familiar" se refiere a la atención que normalmente prestan asistentes profesionales capacitados que excede el ámbito de las obligaciones de cuidado participante, pero que son proporcionados por los miembros de la familia. Los miembros de la familia que proporcionan atención residencial o de asistencia no profesional no pueden ser compensados en virtud de esta ley por atención que se encuentre dentro del ámbito de las obligaciones de atención del participante y otros servicios proporcionados normal y gratuitamente por los miembros de la familia. La atención residencial o de asistencia familiar se realizará únicamente bajo la dirección y control de un médico cuando dicha atención sea médicamente necesaria. Los cargos razonables por gastos de atención residencial o de asistencia familiar proporcionado 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 es empleado y decide dejar dicho empleo para proporcionar dicha atención, el valor por hora de esa atención será igual a las tarifas establecidas por Medicaid para servicios privados prestados por un asistente de atención médica en el hogar. Un miembro de la familia o una combinación de miembros de la familia que proporcione atención de conformidad con esta definición no podrá recibir una compensación por más de un total de 10 horas diarias. La atención familiar es en lugar de la atención médica residencial o de asistencia profesional, y no se puede otorgar ninguna atención residencial o de asistencia profesional por el período de tiempo durante el día en que se proporciona la atención familiar.

(c) La adjudicación de atención residencial o de asistencia familiar según se define en esta sección no se incluirá en las estimaciones actuales a los efectos de la sec. 766.314(9)(c).

Historia.—sec. 61, cap. 88-1; sec. 36, cap. 88 a 277; sec. 16, cap. 91 a 46; sec. 2, cap. 93 a 251; sec. 307, cap. 96 a 410; sec. 149, cap. 2001-277; sec. 5, cap. 2002-401.766.303 Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de de Florida; exclusividad del recurso.

(1) Está establecido el Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida, con el fin de proporcionar compensación, independientemente de la culpa, por reclamaciones por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento. Dicho plan se aplicará a los nacimientos que ocurran a partir del 1 de enero de 1989 y será administrado por la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas al Nacimiento, del estado de Florida.

(2) Los derechos y recursos otorgados por este plan debido a una lesión neurológica relacionada con el nacimiento excluyen todos los demás derechos y recursos de dicho bebé, su representante personal, padres, dependientes y pariente más cercano, de derecho común o de otro modo, contra cualquier persona o entidad directamente involucrada en el trabajo de parto, alumbramiento o reanimación inmediata posterior al parto durante la cual se produce dicha lesión, que surjan de o esté relacionado con una reclamación de negligencia médica con respecto a dicha lesión; a excepción de que no se archivará la acción civil cuando existan pruebas claras y convincentes de mala fe o propósito malintencionado, o desprecio intencional e intencionado de los derechos humanos, la seguridad o la propiedad, siempre que dicha demanda se presente con anterioridad y en lugar del pago de una adjudicación conforme a las sec. 766.301-766.316. Dicha demanda deberá interponerse antes de que la adjudicación de la división sea concluyente y vinculante según lo dispuesto en la sec. 766.311.

(3) Por la presente, se renuncia a la inmunidad soberana en nombre de la Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida, únicamente en la medida necesaria para asegurar el pago de la compensación según lo dispuesto en la sec. 766.31.

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

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

766.304 Juez de derecho administrativo para determinar reclamaciones

El juez del derecho administrativo escuchará y determinará todas las reclamaciones presentadas de conformidad con las secciones 766.301- 766.316 y ejercerá el pleno poder y la autoridad que le otorga el capítulo 120, según sea necesario, para llevar a cabo los propósitos de dichas secciones. El juez del derecho administrativo tiene jurisdicción exclusiva para determinar si una reclamación presentada al amparo de esta ley es resarcible. No se puede interpuesta acción civil hasta las determinaciones conforme a la sec. 766.309 ha sido formulada por el juez de derecho administrativo. Si el juez del derecho administrativo determina que el demandante tiene derecho a recibir una indemnización de la asociación, o si el demandante acepta una adjudicación emitida en virtud de la sec. 766.31, no se pueden interponer acciones civiles o continuarse en violación de la exclusiva de las disposiciones de recurso de la sec. 766.303. Si se determina que una reclamación presentada en virtud de esta ley no es resarcible, ni la doctrina del derecho colateral ni la cosa juzgada prohibirán al demandante ejercer todos y cada uno de los recursos civiles disponibles en virtud del derecho común y la ley. Las conclusiones de hecho y las conclusiones relativas al derecho del juez de derecho administrativo no serán admisibles en ningún procedimiento posterior; sin embargo, el testimonio jurado de cualquier persona y las pruebas presentadas como prueba en el caso administrativo son admisibles como destitución en cualquier acción civil posterior únicamente contra una parte en el procedimiento administrativo, sujeto a las Reglas sobre la prueba. Una adjudicación no puede ser realizada o pagada en virtud de las secciones 766.301-766.316 si el demandante se recupera mediante un acuerdo de conciliación o si una sentencia definitiva se incluye en una acción civil.

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

766.305 Presentación de reclamaciones y respuestas; revisión disciplinaria médica.

(1) Todas las reclamaciones de compensación que se presenten conforme al plan comenzarán cuando el demandante presente en la división una petición para obtener una compensación. Dicha petición incluirá la siguiente información:

(a) El nombre y la dirección del representante legal y las bases 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 y haya estado presente en el momento del nacimiento, así como el nombre y la dirección del hospital en el que ocurrió el nacimiento.

(d) Una descripción de la discapacidad por la que se presenta la reclamación.

(e) El lugar y la hora en que ocurrió la lesión.

(f) Una declaración breve de los hechos y circunstancias que rodean la lesión y que dan lugar a la reclamación.

(2) El demandante entregará a la división tantas copias de la solicitud como se requieran para recibir servicios a la asociación, cualquier médico y hospital mencionado en la solicitud y la División de Control de Calidad de la Atención Médica, junto con una tarifa de presentación de \$15 pagadera a la División de Audiencias Administrativas. Al recibir la solicitud, la división atenderá de inmediato a la asociación, por servicio del agente designado para aceptar servicios en nombre de la asociación, por correo registrado o certificado, y enviará copias de la petición, por correo registrado o certificado, a cualquier médico, proveedor de atención médica y hospital mencionado en la solicitud, y entregará una copia por correo regular a la División de Control de Calidad de la Atención Médica y a la Agencia para la Salud Administración de la atención.

(3) El demandante proporcionará a la Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida la siguiente información, la cual debe presentarse ante la asociación en un plazo de 10 días posteriores a la presentación de la solicitud tal como se establece en el apartado (1):

(a) Todos los expedientes médicos pertinentes disponibles relacionados con la lesión neurológica relacionada con el nacimiento y una lista que identifique los registros no disponibles que el demandante haya conocido y las razones de la indisponibilidad de los registros.

(b) Cuotas, evaluaciones y pronósticos adecuados, así como otros registros y documentos que sean razonablemente necesarios para la determinación del monto de la indemnización que debe pagarse 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 al pagador.

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

La información requerida por los párrafos (a)-(d) permanecerá confidencial y estará exenta según lo dispuesto en la sec. 766.315(5)(b).

(4) La asociación dispondrá de 45 días a partir de la fecha de notificación de una reclamación completa, presentada de conformidad con los apartados (1) y (2), para presentar respuesta a la petición y para presentar información por escrito relevante en relación con la cuestión de si la lesión presunta es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento.

(5) Al recibir dicha solicitud, la División de Control de Calidad de la Atención Médica revisará la información contenida y determinará si se trata de una conducta de un médico con licencia conforme al capítulo 458 o de un médico osteópata con licencia conforme al capítulo 459 que esté sujeto a medidas disciplinarias, en cuyo caso las disposiciones de la sec. 456.073 se aplicará.

(6) Al recibir dicha solicitud, la Agencia para la Administración de la Atención Médica investigará la reclamación y si determina que la lesión resultó, o fue agravada por, una violación del deber por parte de un hospital en violación del capítulo 395, tomará cualquier medida que corresponda conforme con su autoridad disciplinaria según sea apropiado.

(7) Cualquier reclamación que la asociación determine que es resarcible puede aceptarse a cambio de compensación, siempre que dicha aceptación sea aprobada por el juez administrativo al que se ha asignado la reclamación de compensación.

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

766.306 Suspensión del plazo de prescripción.

El plazo de prescripción con respecto a cualquier acción civil que pueda ser interpuesta por, o en nombre de, un niño lesionado que supuestamente surja de, o esté relacionada con, una lesión neurológica relacionada con el nacimiento será suspendido por la presentación de una reclamación de conformidad con las secciones 766.301-766.316, y el tiempo que dicha reclamación esté pendiente o esté en proceso de apelación, no se computará como parte del período dentro del cual puede interponerse dicha acción civil.

Historia.—sec. 65, cap. 88-1.

766.307 Audiencia; partes; descubrimiento.

(1) El juez del derecho administrativo fijará la fecha de la audiencia en un plazo no mayor a 60 días y a más tardar 120 días después de la presentación de una petición por el demandante de conformidad con la sec. 766.305. El juez del 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 lo autorice la división.

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

(3) Cualquier parte en un procedimiento conforme a las sec. 766.301-766.316 puede, previa solicitud al juez de derecho administrativo que establezca la materialidad de las pruebas que se presentarán, realizar interrogatorios o hacer que se tomen declaraciones de testigos que residen dentro o fuera del estado, cuyos costos se gravarán como gastos incurridos en relación con la presentación de una reclamación. Dichas deposiciones se tomarán previa notificación y en la forma prescrita para la toma de deposiciones en procesos judiciales, salvo que se dirijan al juez administrativo ante quien se encuentre pendiente el proceso.

Historia.—sec. 66, cap. 88-1; sec. 19, cap. 91 a 46; sec. 2, cap. 94 a 106; sec. 310, cap. 96-410.

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

(1) El juez del derecho administrativo tomará las siguientes determinaciones con base en todas las pruebas disponibles:

(a) Si la lesión reclamada es una lesión neurológica relacionada al nacimiento del bebé. Si el demandante 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 ello el bebé quedó permanente y sustancialmente impedido mental y físicamente, surgirá una presunción refutable de que la lesión es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento según se define en la sec. 766.302(2).

(b) Si los servicios obstétricos fueron brindados 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 durante el trabajo de parto, el parto o la reanimación en el período inmediatamente posterior al parto en un hospital.

(c) Cuánta compensación, si corresponde, se puede otorgar de conformidad con la sec. 766.31.

(d) Si son planteadas por el demandante o por un tercero, las determinaciones fácticas relacionadas con los requisitos para la notificación en la sec. 766.316. El juez del derecho administrativo tiene la jurisdicción exclusiva para tomar estas determinaciones de hecho.

(2) Si el juez de derecho administrativo determina que la lesión alegada no es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento o que los servicios obstétricos no fueron brindados por un médico participante en el momento del nacimiento, ella o él deberán ingresar una orden y provocará que una copia de dicha orden se envíe inmediatamente a las partes por correo certificado o registrado.

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

(4) Si redundaría en interés de la economía procesal o si así lo solicita el demandante, el juez de derecho administrativo puede bifurcar el procedimiento que aborda la resarcimiento y la notificación de conformidad con la sec. 766.316 primero, y abordando una adjudicación de conformidad con la sec. 766.31, en su caso, en procedimiento separado. El juez de derecho administrativo podrá dictar una orden definitiva sobre resarcimiento y notificación que está sujeta a apelación en virtud de la sec. 766.311, antes de la emisión de una adjudicación de conformidad con la sec. 766.31.

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

766.31 Sentencias de un juez administrativo por lesiones neurológicas relacionadas al nacimiento; aviso de adjudicación.

1) El juez del derecho administrativo tomará las siguientes determinaciones con base en todas las pruebas disponibles:

(a) Si la lesión reclamada es una lesión neurológica relacionada al nacimiento del bebé. Si el demandante 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 ello el bebé quedó permanente y sustancialmente impedido mental y físicamente, surgirá una presunción refutable de que la lesión es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento según se define en la sec. 766.302(2).

(b) Si un médico participante brindó servicios obstétricos durante el transcurso del trabajo de parto, el parto o la reanimación en el período inmediato posterior al parto en un hospital; o por una partera enfermera certificada en un hospital universitario supervisada por un médico participante durante el trabajo de parto, el parto o la reanimación en el período inmediato posterior al parto en un hospital.

(c) El monto de la compensación, si resulta procedente, se concede conforme a lo dispuesto en la sección 766.31.

(d) Si, alegado por el demandante u otra parte, se establecen las determinaciones de hecho con relación a los requisitos de notificación conforme a lo dispuesto en la sección 766.316. El juez del derecho administrativo tiene la jurisdicción exclusiva para tomar estas determinaciones de hecho.

(2) Si el juez de derecho administrativo determina que la lesión alegada no es una lesión neurológica relacionada con el nacimiento o que los servicios obstétricos no fueron brindados por un médico participante en el momento del nacimiento, ella o él deberán ingresar una orden y provocará que una copia de dicha orden se envíe inmediatamente a las partes por correo certificado o registrado.

(3) Al convertirse en médico participante, un médico estará obligado a todos los propósitos por la sentencia del juez de derecho administrativo o cualquier apelación al respecto de si dicha lesión es una lesión neurológica relacionada al nacimiento. (4) Si es en interés de la economía judicial o si lo solicita el demandante, el juez de derecho administrativo puede bifurcar el procedimiento tratando de la compensabilidad y notificación conforme a la sec. 766.316 primero, y abordando una adjudicación de conformidad con la sec. 766.31, en su caso, en procedimiento separado. El juez de derecho administrativo podrá dictar una orden definitiva sobre resarcimiento y notificación que está sujeta a apelación en virtud de la sec. 766.311, antes de que se emita una adjudicación de conformidad con la sec. 766.31.

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

1766.31 Sentencias del tribunal administrativo para el caso de lesiones neurológicas relacionadas al nacimiento; aviso de adjudicación

(1) Al determinar que un bebé ha sufrido una lesión neurológica relacionada con el nacimiento y que un médico participante brindó servicios obstétricos en el momento del nacimiento, el juez de derecho administrativo emitirá un fallo que proporcionará una adjudicación por los siguientes elementos relativos a dicha lesión:

(a) Gastos reales por servicios médicos y hospitalarios médicamente necesarios y razonables, de habilitación y capacitación, de atención residencial o de asistencia familiar, de atención y servicios de asistencia profesionales y de asistencia, para medicamentos de necesidad médica, equipo y centros especiales y viajes relacionados.

Como mínimo, se deberá proporcionar una compensación para los siguientes gastos reales:

1. Un beneficio anual total de hasta \$10,000 para los miembros de la familia inmediata que residen con el bebé por servicios de psicoterapia obtenidos de proveedores con licencia conforme al capítulo 490 o el capítulo 491.
2. Durante la vida del participante, proporcionar a los padres o tutores legales un método confiable de transporte para la atención del participante o reembolsar el costo de actualizar un vehículo existente para satisfacer las necesidades del participante cuando sea médicamente necesario el transporte en silla de ruedas. El medio de transporte debe tener en cuenta las adaptaciones especiales requeridas para el participante específico. El plan no puede limitar dicha asistencia con el 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 suceda primero.
3. Asistencia de vivienda de hasta \$100,000 durante la vida del participante, incluyendo los costos de construcción y modificación.

(b) No obstante, los siguientes gastos no están sujetos a compensación:

1. Gastos por artículos o servicios que el bebé haya recibido, o tiene derecho a recibir, en virtud de las leyes de cualquier estado o del gobierno federal, excepto en la medida en que dicha exclusión pueda ser prohibida por la ley federal.
2. Gastos por artículos o servicios que el bebé haya recibido, o tiene derecho contractualmente a recibir, de cualquier plan de salud prepaga, organización de mantenimiento de la salud u otra entidad de seguros privada.
3. Gastos por los cuales el bebé ha recibido un reembolso o por los cuales el bebé tiene derecho a recibirlo, en virtud de las leyes de cualquier estado o del gobierno federal, excepto en la medida en que dicha exclusión pueda ser prohibida por la ley federal.
4. Gastos por los que el bebé ha recibido un reembolso o por los cuales el bebé tiene derecho contractualmente a recibirlo, de conformidad con las disposiciones de cualquier póliza de seguro de salud o enfermedad o de 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 personas lesionadas, cuando dicho tratamiento es pagado por la persona lesionada. Los padres o tutores legales que reciben beneficios en virtud del plan pueden presentar una solicitud ante la División de Audiencias Administrativas para disputar el monto de los gastos reales reembolsados o una denegación del reembolso. (d)1.a. Los pagos periódicos de una adjudicación a los padres o tutores legales del bebé que se descubrió que ha sufrido una lesión neurológica relacionada con el nacimiento, cuya adjudicación no puede exceder \$100,000. No obstante, a discreción del juez del derecho administrativo, dicha adjudicación puede hacerse en una suma global. A partir del 1 de enero de 2021, la adjudicación no puede exceder los \$250,000, y cada 1 de enero a partir de entonces, la adjudicación máxima autorizada de conformidad con este párrafo se incrementará en un 3 por ciento.

b. Los padres o tutores legales que hayan recibido una adjudicación en virtud de esta sección antes del 1 de enero de 2021 y cuyo participante reciba actualmente beneficios conforme al plan deberán recibir un pago retroactivo en un monto suficiente para llevar el monto total de la adjudicación pagada a los padres o tutores legales de conformidad con el sub-subpárrafo a. a \$250,000. Este pago adicional se puede realizar en una suma global o en pagos periódicos según lo designan los padres o tutores legales y debe pagarse antes del 1 de julio de 2021.

2.a. El beneficio por fallecimiento para el bebé es de \$50,000.

b. Los padres o tutores legales que recibieron una adjudicación de conformidad con esta sección, y cuyo participante falleció debido a que el programa comenzó a trabajar, deberán recibir un pago retroactivo por un monto suficiente para llevar la adjudicación total pagada a los padres o tutores legales de conformidad con el sub-subpárrafo a. a \$50,000. Este pago adicional se puede realizar en una suma global o en pagos periódicos según lo designan los padres o tutores legales y debe pagarse antes del 1 de julio de 2021.

(e) Gastos razonables incurridos en relación con la presentación de una reclamación en virtud de las sec. 766.301- 766.316, incluidos los honorarios razonables de un abogado, que estarán sujetos a la aprobación y la adjudicación del juez de derecho administrativo. Para determinar una adjudicación por los honorarios de un abogado, el juez de derecho administrativo considerará los siguientes factores:

1. El tiempo y trabajo requeridos, la facilidad y dificultad de las preguntas de que se trata, así como la habilidad necesaria para prestar adecuadamente los servicios jurídicos.
2. La tarifa que normalmente se cobra en la localidad por servicios legales similares.
3. Las limitaciones de tiempo impuestas por el demandante o las circunstancias.
4. La naturaleza y duración de la relación profesional con el demandante.
5. La experiencia, reputación y capacidad del abogado o abogados que prestan servicios.
6. La contingencia o certeza de un honorario.

Si hubiera una determinación final de la compensabilidad y los demandantes aceptaran una adjudicación en virtud de esta sección, los demandantes no serán responsables de ningún gasto, incluidos los honorarios de abogados, en los que se incurra en relación con la presentación de una reclamación en virtud de las sec. 766.301-766.316 excepto aquellos gastos adjudicados conforme a esta sección.

(2) La adjudicación exigirá el pago inmediato de los gastos en los que se haya incurrido anteriormente y exigirá que los futuros se paguen según se incurra.

(3) Se enviará una copia de la adjudicación de inmediato, por correo certificado o certificado, a cada persona a la que se le sirva una copia de la solicitud en virtud de la sec. 766.305(2).

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

(1) Una determinación del juez de derecho administrativo respecto de la calificación de la reclamación a efectos de la compensación conforme a la sec. 766.309 o una adjudicación otorgada por el juez de derecho administrativo de conformidad con la sec. 766.31 será definitiva y vinculante en cuanto a todas las cuestiones de hecho. La revisión de una orden de un juez de derecho administrativo se realizará mediante una apelación ante el Tribunal de Apelación de Distrito. Las apelaciones se pondrán de acuerdo con las reglas de procedimiento establecidas por el Tribunal Supremo para revisión de dichas órdenes.

(2) En caso de presentarse una apelación procedente de una adjudicación del juez de derecho administrativo, la apelación operará como una suspensión de la adjudicación y la asociación no estará obligada a pagar la adjudicación involucrada en la apelación hasta que las preguntas en cuestión sobre dicho fallo se hayan determinado completamente.

Historia.—sec. 70, cap. 88-1; sec. 23, cap. 91 a 46; sec. 6, cap. 93 a 251; sec. 314, cap. 96-410.

766.312 Ejecución de adjudicaciones.

(1) El juez del derecho administrativo tendrá plena autoridad para ejecutar sus adjudicaciones y para protegerse de cualquier engaño o falta de cooperación para llegar a su determinación respecto de cualquier adjudicación. Dicha autoridad incluirá la atribución de solicitar una orden de desacato ante un tribunal de circuito.

(2) Si las circunstancias lo requieren, una parte puede solicitar al tribunal de circuito que le aplique una adjudicación final por parte del juez de derecho administrativo.

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

766.313 Limitación de la reclamación.

Cualquier reclamación de compensación conforme a las sec. 766.301-766.316 que se presente más de 5 años después del nacimiento de un bebé que supuestamente tiene una lesión neurológica relacionada con el nacimiento, será prohibido.

Historia.—sec. 72, cap. 88-1; sec. 38, cap. 88 a 277; sec. 1, cap. 93-251.

766.314 Cuotas; plan de operación.

(1) Las cuotas establecidas de conformidad con esta sección se utilizarán para financiar el Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida.

(2) Las cuotas y las apropiaciones dedicadas al plan serán administradas por la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas al Nacimiento, del estado de Florida establecida, en la sec. 766.315, conforme a los siguientes requisitos:

(a) El 1 de julio de 1988 o antes, los directores de la asociación presentarán al Departamento de Seguros para su revisión un plan de operación que preverá la administración eficiente del plan y el rápido procesamiento de las reclamaciones y adjudicaciones realizadas en nombre del plan.

El plan de funcionamiento incluirá disposiciones para:

1. Establecimiento de los centros necesarios;
2. Gestión de los fondos cobrados a nombre del plan;
3. Procesamiento de reclamaciones contra el plan;
4. Evaluación de las personas y entidades enumeradas en los apartados (4) y (5) para el pago de adjudicaciones y gastos, cuyas cuotas se basarán en una base actuarialmente sólida y sujeta a los límites establecidos en los apartados (4) y (5); y
5. cualquier otro asunto que sea necesario para la operación eficiente del plan de compensación por lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento del bebé.

(b) Los directores del plan pueden realizar 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 cuotas se depositarán en la Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida. Los fondos recaudados por la asociación y cualquier ingreso proveniente de la misma se desembolsarán para el pago de adjudicaciones en virtud de las sec. 766.301-766.316 y para el pago de los gastos razonables de administrar el plan.

(4) Las personas y entidades siguientes abonarán en la asociación una evaluación inicial de conformidad con el plan de funcionamiento:

(a) Antes del 1 de octubre de 1988, cada hospital con licencia conforme al capítulo 395 deberá pagar una evaluación inicial de \$50 por bebé que nació en el hospital durante el año calendario anterior, según lo informado a la Agencia de administración de atención médica; siempre y cuando un hospital, propiedad o operado por el estado o un condado, un distrito fiscal especial u otra subdivisión política del estado, no sea necesario que pague la evaluación inicial o cualquier otra evaluación requerida por el apartado (5). El término "nacido" incluye nacimientos vivos y no mortinatos, pero el término no incluye niños nacidos por empleados o agentes de la junta directiva de una universidad estatal, los nacidos en un hospital universitario como se define en la sec. 408.07, o los nacidos en un hospital universitario, según la definición de la sec. 395.806 que la asociación ha considerado exentas de cuotas desde el año fiscal 1997 al año fiscal 2001. La cuota inicial y cualquier cuota impuesta de conformidad con el apartado (5) no puede incluir a ningún bebé nacido de un paciente de caridad (según lo definido por la norma de la Agencia para la Administración de Atención Médica) o nacidos de un paciente por quien el hospital recibe un reembolso de Medicaid, si la suma de los cargos anuales para pacientes de caridad más los contratos anuales de Medicaid del hospital exceden el 10 por ciento de los ingresos brutos operativos anuales del hospital. El hospital tiene la responsabilidad de documentar, a satisfacción de la asociación, la exclusión de cualquier nacimiento del cálculo de la cuota. Tras la demostración de necesidad financiera por parte de un hospital, la asociación puede disponer pagos a plazos de las cuotas.

(b) 1. A más tardar el 15 de octubre de 1988, a todos los médicos con licencia de conformidad con el capítulo 458 o el capítulo 459 a partir del 1 de octubre de 1988, excluyendo a los médicos participantes, se les impondrá una cuota inicial de \$250, que debe pagarse a más tardar el 1 de diciembre de 1988.

2. Cualquier médico de esta categoría que obtenga su licencia después del 30 de septiembre de 1988 y antes del 1 de enero de 1989, pagará a la asociación una cuota inicial de \$250 al obtener la licencia.

3. Cualquier médico de esta categoría que obtenga su licencia a partir del 1 de enero de 1989 deberá pagar una cuota inicial igual a la cuota 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 subpárrafo, la cuota no será aplicable:

a. Un médico residente, médico residente asistente o pasante en un programa de capacitación de especialistas aprobado, según lo definido por la Junta de Medicina o la Junta de Medicina Osteopática de acuerdo con la ley;

b. Un médico retirado que se ha retirado del ejercicio de la medicina, pero que mantiene una licencia activa, como lo demuestra una declaración jurada presentada ante el Departamento de Salud. Antes de reinscribirse a la práctica de la medicina en este estado, un médico retirado, según se define a continuación, debe notificar a la Junta de Medicina o a la Junta de Medicina Osteopática y pagar las cuotas adecuadas de conformidad con esta sección;

c. Un médico que posee una licencia limitada de conformidad con la sec. 458.317 que no recibe compensación por los servicios de atención médica;

d. Un médico que trabaja a tiempo completo en 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 Estados Unidos; o

e. Un médico que es un miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y que cumple con los requisitos de la sec. 456.024.

f. Un médico empleado a tiempo completo por el Estado de Florida y cuya práctica se limita a instituciones penitenciarias propiedad del estado, un departamento de salud del condado, centros estatales de salud mental o servicios para el desarrollo, o que esté empleado a tiempo completo por el Departamento de Salud.

(c) 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 Relacionadas con el Nacimiento de Florida y que, de otro modo, califique como médico participante conforme a las secciones 766.301-766.316 deberá pagar una cuota inicial de \$5.000. Sin embargo, si el médico es un médico residente, médico residente asistente o pasante en un programa de capacitación de especialización aprobado, según lo definido por la Junta de Medicina o la Junta de Medicina Osteopática de acuerdo con la ley, y es supervisado de acuerdo con los requisitos del programa establecidos por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados o la Asociación Osteópata Americana por un médico que esté participando en el plan, que un médico residente, médico residente asistente o pasante se considere un médico participante sin el pago de la cuota. Los médicos participantes también incluyen a cualquier empleado del consejo de administración de una universidad estatal que haya pagado la cuota requerida en este párrafo y en el párrafo (5)(a), y cualquier partera enfermera certificada supervisada por dicho empleado. Los médicos participantes incluyen a cualquier partera enfermera certificada que haya pagado el 50 por ciento de la cuota del médico requerida en este párrafo y en el párrafo (5)(a) y que esté supervisado por un médico participante que haya pagado la cuota requerida por este párrafo y el párrafo (5)(a). La supervisión para las parteras enfermeras exigirá que el médico supervisor esté fácilmente disponible y tenga un plan de tratamiento predeterminado para problemas específicos del paciente que la partera enfermera certificada supervisada puede llevar a cabo en ausencia de características complicadas. Cualquier médico que decida 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 de conformidad a las secciones 766.301-766.316 pagará una cuota inicial adicional igual a la evaluación más reciente realizada de conformidad con este párrafo, párrafo (5)(a) o 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 la Atención Médica en virtud de la Ley de Responsabilidad de la Atención Médica, puede elegir pagar la tarifa del médico participante y de la partera enfermera certificada si el hospital determina primero que el propósito motivador principal para realizar dicho pago sea garantizar la cobertura de los pacientes del hospital conforme a las disposiciones de las sec. 766.301- 766.316; sin embargo, ningún hospital puede restringir a ningún médico o partera participante, directamente o de forma indirecta, por ser parte del personal de los hospitales, distinto del personal del hospital que realiza el pago. Cada hospital presentará ante la asociación una declaración jurada en la que se exponga específicamente las razones por las que el hospital ha elegido realizar el pago en nombre de cada médico y partera enfermera certificada participante. Los pagos autorizados conforme a este párrafo serán adicionales a la cuota establecida en el párrafo (5)(a).

(5)(a) A partir del 1 de enero de 1990, las personas y entidades enumeradas 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 las personas con licencia posterior al pago de la cuota inicial, pagarán una cuota anual por un monto igual a las cuotas iniciales previstas en los párrafos (4)(b) y (c). Si la asociación recibe el pago de la cuota anual de un médico antes del 31 de enero de cualquier año calendario, el médico calificará como médico participante para 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 de recepción del pago por parte de la asociación.

El 1 de enero de 1991, y cada 1 de enero a partir de entonces, la asociación determinará el importe de las cuotas adicionales necesarias de conformidad con el apartado (7), en la forma requerida por el plan de operación, sujeto a cualquier aumento que la Oficina de Regulación de Seguros considere necesario de conformidad con el párrafo (7)(b). Cada 1 de julio a partir del 1 de julio de 1991, las personas y entidades enumeradas en los párrafos (4)(b) y (c), excepto aquellas personas o entidades que estén específicamente excluidas de dichas disposiciones, pagarán las cuotas adicionales que se determinaron el 1 de enero. A partir del 1 de enero de 1990, las entidades enumeradas en el párrafo (4)(a), incluidas aquellas que tengan licencia el 1 de octubre de 1988 o después, deberán pagar una cuota anual de \$50 por bebé entregado durante el año calendario anterior. Las cuotas adicionales que se determinaron el 1 de enero de 1991, de conformidad con las disposiciones del apartado (7), no serán exigibles y pagaderas por las entidades enumeradas en el párrafo (4)(a) hasta el 1 de julio.

(b) Si las cuotas cobradas de conformidad con el apartado (4) y la consignación de fondos conforme a la sec. 76, capítulo 88-1, Leyes de Florida, enmendada por la sec. 41, capítulo 88-277, Leyes de Florida, al plan del Seguro El Fondo Fiduciario Regulatorio no es suficiente para mantener el plan sobre una base actuarialmente sólida. Por el presente se procede a la transferencia a la asociación del Fondo Fiduciario Regulatorio de Seguros por un monto adicional de hasta \$20 millones.

(c) 1. Teniendo en cuenta las cuotas recaudadas de conformidad con el apartado (4) y las asignaciones del Fondo Fiduciario Regulatorio de Seguros, si se requiere mantener el plan sobre una base actuarial sólida, la Oficina de Regulación de Seguros requerirá que cada entidad autorizada para emitir seguros contra accidentes como se define en la sec. 624.605(1)(b), (k) y (q) pague a la asociación una cuota anual por un monto determinado por la oficina de conformidad con el párrafo (7)(a), en la forma requerida por el plan de operación.

2. Todas las cuotas anuales se realizarán sobre la base de las primas directas netas correspondientes a la actividad comercial que constituye la base de la inclusión de cada entidad como fuente de financiación para el plan en el estado durante el año anterior que finalizó el 31 de diciembre, según se informó a la Oficina de Regulación de Seguros, y se efectuarán en proporción a las primas directas netas emitidas por cada aseguradora en relación con la actividad comercial que constituye la base de su inclusión en el plan en comparación con el total de primas directas netas emitidas por todas las entidades en este estado para dicha actividad comercial.

3. Ninguna entidad enumerada en este párrafo será responsable individualmente responsable de una cuota anual que exceda el 0.25 por ciento de las primas directas netas emitidas por esa entidad.

4. Las compañías de seguros para accidentes tendrán derecho a recuperar sus cuotas iniciales y anuales a través de un recargo en las pólizas futuras, un aumento de la tarifa aplicable de forma prospectiva o una combinación de ambas.

(6) (a) La asociación estará a cargo de todas las cuotas requeridas por esta sección, excepto las cuotas iniciales de los médicos con licencia en o después del 1 de octubre de 1988, las cuales estarán a cargo del Departamento de Negocios y Regulación Profesional, y excepto las cuotas de las aseguradoras de accidentes de conformidad con el subpárrafo (5) (c)1., que estarán a cargo de 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 Negocios y Regulación Profesional estará a cargo de la cuota inicial más la cuota para el año calendario siguiente. El Departamento de Negocios y Regulación Profesional proporcionará a la asociación, con la frecuencia que se considere necesaria, una lista, en forma legible por computadora, de los nombres y direcciones de todos los médicos con licencia conforme al capítulo 458 o 459.

(b) 1. La asociación podrá ejecutar el cobro de las cuotas que deban abonarse de conformidad con las sec. 766.301-766.316 mediante una demanda presentada en un tribunal 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 cuota, y dichos intereses se acumularán hasta que se paguen. Sin perjuicio de las disposiciones de los capítulos 47 y 48, la asociación puede presentar dicha demanda en el condado de Leon o en el condado de residencia del acusado.

2. El Departamento de Negocios y Regulación Profesional, tras la notificación de la asociación que una cuota no ha sido pagada y que hay una sentencia insatisfecha contra un médico, no renovará ninguna licencia para ejercer para dicho médico emitida de conformidad con el capítulo 458 o el capítulo 459 hasta el momento en que la sentencia se satisfaga en su totalidad.

(c) La Agencia para la Administración de Atención Médica, tras la notificación de la asociación de que una cuota no se ha pagado oportunamente, hará cumplir el cobro de dichas cuotas que deben pagar los hospitales de conformidad con las sec. 766.301-766.316. El incumplimiento por parte del hospital de pagar dicha cuota es motivo de medidas disciplinarias de conformidad con la sec. 395.1065 sin perjuicio de cualquier disposición legal en contrario.

(7)(a) La Oficina de Regulación de Seguros realizará una investigación actuarial de los requisitos del plan sobre la base de la experiencia del plan en el primer año de operación y cualquier información adicional relevante, 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 enumeradas en el párrafo (5)(c) para el año fiscal que comienza el 1 de enero de 1990. Después de la valoración inicial, la Oficina de Reglamentos de Seguros hará que una valoración actuarial del activo y pasivo del plan no sea menos frecuente que cada dos años. De conformidad con los resultados de dichas valoraciones, la Oficina de Regulación de Seguros preparará una declaración sobre la tasa de contribución aplicable a las entidades enumeradas en el párrafo (5)(c). Sin embargo, la tarifa será superior al 0.25 por ciento de las primas directas netas escritas en ningún momento.

(b) Si la Oficina de Reglamentos de Seguros considera que el plan no puede mantenerse de manera actuarial sólida con base en las cuotas y asignaciones enumeradas en los apartados (4) y (5), la Oficina aumentará las cuotas especificadas en el apartado (4), según sea necesario, de manera provisional.

(8) La asociación informará 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 deberá considerar las recomendaciones de todos los hospitales, médicos, aseguradoras de accidentes, abogados, consumidores y cualquier asociación que represente a dicha persona o entidad. Sin perjuicio de lo dispuesto en la sec. 395.3025, todos los hospitales, las aseguradoras para accidentes, los departamentos, las juntas, las comisiones y los comités legislativos proporcionarán a la asociación todos los registros e información relevantes a pedido para ayudar a la asociación a tomar su determinación. Todos los hospitales, a pedido de la asociación, le proporcionarán 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 ni ninguna otra información que identifique al bebé involucrado en el nacimiento. Dicha información obtenida se utilizará únicamente con el propósito de ayudar a la asociación y no someterá al hospital a ninguna responsabilidad civil o penal por la divulgación de la misma. Dicha información será confidencial y estará exonerada de las disposiciones de la sec. 119.07(1) y sec. 24 (a), art. I de la Constitución del Estado.

(9) (a) Dentro de los 60 días posteriores a la presentación de una reclamación, la asociación calculará el valor actual del costo total de la reclamación, incluyendo el monto estimado que se pagará al demandante, al abogado del demandante, los honorarios del abogado del incidente de la asociación para la reclamación, y cualquier otro gasto en los que la asociación pueda incurrir razonablemente en relación con la adjudicación y el pago de la reclamación. A efectos de esta estimación, la asociación debe incluir los beneficios máximos para daños no económicos.

(b) La asociación revisará estas estimaciones trimestralmente con base en los costos reales en los que incurra y cualquier información adicional que esté disponible para la asociación desde la última revisión de esta estimación. La estimación se reducirá según los montos pagados por la asociación que se hayan 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 en los próximos 12 meses, de todas las fuentes descritas en las subsecciones

(4) y (5) y el párrafo (7)(a), la asociación no aceptará nuevas reclamaciones sin autorización expresa de la Legislatura. Nada del presente documento impedirá que la asociación acepte ninguna reclamación si la lesión ocurrió 18 meses o más antes de la fecha de entrada en vigencia de esta suspensión. Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de entrada en vigor de esta suspensión, la asociación notificará 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 de Atención Médica, al Departamento de Salud, y al Departamento de Ordenación Empresarial y Profesional de esta suspensión.

(d) Si alguna persona se encuentra imposibilitada de presentar una reclamación contra la asociación a causa del párrafo (c), el plan no constituye el recurso exclusivo para dicha persona, su representante personal, los padres, los dependientes o el pariente más cercano.

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

Nota 1: las obligaciones del Departamento de Seguros se transfirieron al Departamento de Servicios Financieros o a la Comisión de Servicios Financieros en el año 2002-404, y la sec. 20.13, que crea el Departamento de Seguros, fue derogado por la sec. 3, cap. 2003-1.

Nota 2: en su versión modificada por la sec. 4, cap. 2003-258, aprobada en el período ordinario de sesiones de 2003. La sección 79, cap. 2003-416, aprobada en la Sesión D especial de 2003, no incorporó la enmienda de la sec. 4, cap. 2003-258, añadiéndoles la lengua "o las personas nacidas en un hospital universitario, tal como se define en la sec. 395.806 que la asociación ha considerado exentas de cuotas desde el año fiscal 1997 al año fiscal 2001."

Nota 3: en su versión modificada por la sec. 1901, cap. 2003-261, aprobado en el período ordinario de sesiones de 2003. La sección 79, cap. 2003-416, aprobada en la Sesión D especial de 2003, no incorporó la enmienda de la sec. 1901, cap. 2003-261, por el que se sustituyó la referencia a la Oficina de Reglamentación de Seguros por una referencia al Departamento de Seguros.

766.3145 Código de ética.

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

(2) El director ejecutivo, los altos directivos y los miembros de la junta de directores están sujetos al código de ética en virtud de la parte III, del capítulo 112. A los fines de aplicar la parte III del capítulo 112 a las actividades del director ejecutivo, los altos directivos y los miembros de la junta de directores, dichas personas se

consideran funcionarios o empleados públicos y la asociación se considera su agencia. Un miembro de la junta no puede votar en relación a ninguna medida que conlleve beneficios o pérdidas particulares de índole privada para sí mismo, sin perjuicio de la sec. 112.3143(2), no puede votar sobre ninguna medida que él o ella sepa que redundaría en beneficios o pérdidas de índole privada para cualquier directivo que lo/a contrata o para la organización matriz o filial de un directivo corporativo que lo/a ha contratado, excepto una agencia tal como se define en el presente documento. 112.312; o que sabe que provocaría el beneficio o pérdida de índole privada para un familiar 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 del cual se abstiene de votar y, dentro de los 15 días posteriores a la votación, revelar la naturaleza de su interés como un registro público en un memorando presentado ante el responsable de levantar el acta de la reunión, quien incorporará el memorando al acta.

(3) Sin perjuicio de la sec. 112.3148, sec. 112.3149, o cualquier otra ley, un empleado o miembro de la junta no puede aceptar a sabiendas, directa o indirectamente, ninguna dádiva 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 esté bajo consideración para un contrato.

(4) Un empleado o miembro del consejo de administración que incumpla las normas del apartado (2) o apartado (3) está sujeto a sanciones impuestas en las sec. 112.317 y 112.3173.

(5) Cualquier gerente sénior o director ejecutivo de la asociación que esté empleado en o después del 1 de enero de 2022, independientemente de la fecha de contratación, y que posteriormente se retire o termine el empleo, tiene prohibido representar a otra persona o entidad ante la asociación durante 2 años después de la jubilación o el despido de la asociación.

Historia.—sec. 4, cap. 2021-134.

766.315 Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida; Junta Directiva.

(1) (a) El Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida, se registrará por una junta de siete directores que se conocerá como Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas al Nacimiento, del estado de Florida. La asociación no es una agencia estatal, junta ni comisión. Sin perjuicio de lo dispuesto en esta sec. 15.03, la asociación está autorizada a usar el sello del estado.

(b) Los consejeros serán nombrados por un plazo escalonado de 3 años o hasta que sus sucesores sean nombrados y tengan los calificados; sin embargo, un director no podrá desempeñar el servicio durante más de 6 años consecutivos.

(c) Los directores serán designados por el Director de Finanzas de la siguiente manera:

1. Un representante ciudadano que no esté afiliado a ninguno de los grupos identificados en los subpárrafos 2.-7.
2. Un representante de los médicos participantes.
3. Un representante de los hospitales.
4. Un representante de las compañías de seguros de accidentes.
5. Un representante de médicos que no sean médicos participantes.
6. Un padre o tutor legal representante de un bebé lesionado conforme al plan.
7. Un representante de una organización de defensoría de niños con discapacidades.

(2)(a) El director de Finanzas puede 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 los hospitales de una lista de al menos tres nombres recomendados por la Asociación de Hospitales de Florida; el representante de aseguradoras de accidentes de una lista de al menos tres nombres, uno de los cuales es recomendado por la Asociación Americana de Seguros, una de las cuales es recomendada por el Consejo de Seguros de Florida, y una de las cuales es recomendada por la Asociación de Seguros contra Accidentes de Propiedad de América; y el representante de los médicos, que no son médicos participantes, de una lista de tres nombres recomendados por la Asociación Médica de Florida y una lista de tres nombres recomendados por la Asociación médica de osteopatía de Florida. Sin embargo, el director de Finanzas no está obligado a hacer una cita de entre los nominados de las respectivas asociaciones. Es posible que un médico participante que sea nombrado en una solicitud pendiente para una reclamación

no sea designado para la junta. Un director designado que sea un médico participante no puede votar sobre ningún asunto relacionado con una reclamación aceptada para una adjudicación de compensación si se nombra al médico en la solicitud de la reclamación. (b) Si corresponde, el Director de Finanzas notificará rápidamente a la asociación o persona adecuada identificada en el párrafo (a) para hacer recomendaciones sobre la ocurrencia de cualquier vacante, y podrán hacerse nominaciones similares para cubrir la vacante.

(c) El Gobernador o el Director de Finanzas puede destituir a un director de su cargo por mala conducta, malversación o descuido del deber en el cargo. Cualquier vacante creada de este modo se cubrirá según lo dispuesto en el párrafo (a).

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

(4) La junta directiva está facultada para:

(a) Administrar su plan.

(b) Administrar los fondos cobrados en nombre del plan.

(c) Administrar el pago de reclamaciones en nombre del plan.

(d) Dirigir la inversión y reinversión de cualquier fondo sobrante sobre pérdidas y gastos, si cualquier ingreso de inversión generado por este medio permanece acreditado al plan.

(e) Vuelva a asegurar los riesgos del plan en su totalidad o en parte.

(f) Demandar y ser demandado, y comparecer y defender, en todos los actos y procedimientos en su nombre, en la misma medida que una persona física.

(g) Tener y ejercer todos los poderes necesarios o convenientes para realizar cualquiera o todos los propósitos para los cuales el plan fue creado.

(h) Celebrar los contratos que sean necesarios o adecuados para administrar el plan.

(i) Emplear o retener a las personas que sean necesarias para realizar las transacciones administrativas y financieras y las responsabilidades del plan y para realizar otras funciones necesarias y apropiadas que no estén prohibidas por la ley.

(j) Tomar las acciones legales que sean necesarias para evitar el pago de reclamaciones inapropiadas.

(k) Indemnizar a cualquier empleado, agente, miembro de la junta de directores o suplente del mismo, o persona que actúe en nombre del plan en calidad oficial, por gastos, incluidos honorarios de abogados, sentencias, multas y montos pagados en un acuerdo de hecho y en los que se incurra razonablemente en relación con cualquier acción, demanda o procedimiento, incluyendo cualquier apelación al mismo, que surja de la capacidad de dicha persona para actuar en nombre del plan si dicha persona actuó de buena fe y de manera que considere, o no oponerse, al mejor interés del plan y a la salud y el interés superior del participante a causa de lesiones neurológicas relacionadas al nacimiento, y si, con respecto a una acción o procedimiento penal, dicha persona tuviera causa razonable para creer que su conducta era lícita.

(5)(a) El dinero puede retirarse debido al plan únicamente con un vale autorizado por la asociación.

(b) Todas las reuniones de la junta directiva están sujetas a los requisitos de la sec. 286.011, y todos los libros, registros y auditorías del plan están abiertos al público para una inspección razonable, excepto que un expediente de reclamación en posesión de la asociación o su representante sea confidencial y esté exento de las disposiciones de la sec. 119.07(1) y sec. 24 (a), art. I de la Constitución del estado hasta la terminación del litigio o la conciliación de la reclamación, aunque los registros médicos y otras partes del expediente de reclamación 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, responsable del mismo. (c) Excepto en el caso de reuniones de emergencia, la asociación dará aviso de cualquier reunión de la junta directiva mediante publicación en el sitio web de la asociación no menos de 7 días antes de la reunión. La asociación elaborará una agenda a tiempo para garantizar que cualquier persona que solicite una copia y que pague el costo razonable de dicha copia pueda recibirla al menos 7 días antes de la reunión. La agenda, junto con cualquier material de la reunión disponible en formato electrónico, excluyendo información confidencial y exenta, se publicará en el sitio web de la asociación. El orden del día contendrá los puntos que se considerarán en el orden de presentación y un número de teléfono para que el público

participe telefónicamente en la reunión del consejo. Después de que el orden del día se haya puesto a disposición, se realizará una modificación solo con causa adecuada, según se determine por la persona designada para presidente, y debe constar en el expediente. La notificación de dicho cambio se realizará lo antes posible.

(d) Cada persona autorizada para recibir depósitos, emitir vales o retirar o desembolsar fondos publicará una fianza de fidelidad general por un monto razonablemente suficiente para proteger los activos del plan, según lo determine el plan de operación. El costo de dicha fianza se pagará de los activos del plan.

(e) Anualmente, la asociación deberá proporcionar informes financieros auditados a cualquier participante del plan si lo solicita, a la Oficina de Regulación de Seguros de la Comisión de Servicios Financieros y al Comité Legislativo Mixto de Auditoría. Los informes deben prepararse de acuerdo con los procedimientos contables aceptados y deben incluir dicha información como lo exija la Oficina de Regulación de Seguros o el Comité Legislativo Mixto de Auditoría. En cualquier momento que se considere necesario, la Oficina de Regulación de Seguros o el Comité Mixto de Auditoría Legislativa puede llevar a cabo 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 la sec. 215.47, y estará sujeta a las limitaciones a las inversiones contenidas en esa sección. Todos los ingresos derivados de dichas inversiones se acreditarán al plan. La Junta Estatal de Administración podrá invertir y reinvertir los fondos retenidos en nombre del plan de conformidad con el contrato de fideicomiso aprobado por la asociación y la Junta Estatal de Administración y dentro de las disposiciones de las secciones 215.44-215.53.

(6) La asociación entregará anualmente a cada padre y tutor legal que reciba beneficios conforme al plan, ya sea por correo postal o por vía electrónica una lista de gastos compensables conforme al plan.

(7) La asociación deberá publicar un informe en su sitio web antes del 1 de enero de 2022 y cada 1 de enero posterior a su publicación. Dicho informe incluirá:

(a) Los nombres y términos de cada miembro de la junta y del personal ejecutivo.

(b) El monto de la compensación pagada a cada empleado de la asociación.

(c) Un resumen de las disputas y resoluciones de reembolso.

(d) Una lista de gastos por honorarios de abogados y honorarios de cabildeo.

(e) Otros gastos para oponerse a cada reclamación del plan. Cualquier información de identificación personal del padre, tutor legal o participante involucrado en la reclamación debe ser eliminada de esta lista.

(8) Hasta el 1 de noviembre de 2021, y cada 1 de noviembre posterior, la asociación presentará un informe al Gobernador, al Presidente del Senado, al Presidente de la Cámara de Representantes y al Director Financiero. El informe debe incluir:

(a) El número de peticiones de indemnización presentadas ante la división, el número de demandantes a los que se les ha concedido una indemnización, el número de demandantes a los que se les ha negado la indemnización y los motivos de la denegación de la indemnización.

(b) El número y el monto en dólares de la compensación pagada y denegada por gastos por categoría y las razones de cualquier compensación denegada por gastos por categoría.

(c) El tiempo promedio de entrega para pagar o denegar una compensación por gastos.

(d) Recomendaciones legislativas para mejorar el programa.

(e) Un resumen de cualquier litigio pendiente o resuelto durante el año que afecte al plan.

(f) El monto de la compensación pagada a cada empleado de la asociación o miembro de la junta de directores.

(g) Para el informe inicial vencido antes del 1 de noviembre de 2021, un informe actuarial realizado por un actuario independiente que proporciona un análisis de los costos estimados de implementar los siguientes cambios al plan:

1. Reducción de la elegibilidad para un participante en el plan en cuanto al peso mínimo para nacer de 2,500 a 2,000 gramos.

2. Revisar la elegibilidad para la participación en el plan estableciendo que un bebé debe tener deficiencias mentales o físicas de forma permanente y sustancial, en lugar de tener un impedimento permanente y sustancial mental y físico.

3. Aumentar el beneficio especial o beneficio anual de calidad de vida de \$500 a \$2,500 por año calendario.

Historia.—sec. 74, cap. 88-1; sec. 40, cap. 88 a 277; sec. 7, cap. 89 a 186; sec. 2, cap. 94 a 85; sec. 427, cap. 96 a 406; sec. 1808, cap. 97 a 102; 3, cap. 98 a 113; sec. 2, cap. 98 a 409; sec. 1902, cap. 2003-261; sec. 3, cap. 2006-8; sec. 11, cap. 2014-103; sec. 5, cap. 2021-134.

766.316 Aviso de la participación en el plan a las participantes obstétricas.

Cada hospital con un médico participante en su personal y cada médico participante, excepto residentes, residentes asistentes y pasantes considerados médicos participantes en virtud a la sec. 766.314(4)(c), de conformidad con el Plan de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida, proporcionará un aviso a las pacientes obstétricas sobre la alternativa limitada de responsabilidad sin culpa para lesiones neurológicas relacionadas con el nacimiento. Dicho aviso se proporcionará en los formularios provistos por la asociación e incluirá una explicación clara y concisa de los derechos y limitaciones de un paciente conforme al plan. El hospital o el médico participante pueden optar por que el paciente firme un formulario con acuse de recibo de dicho aviso. La firma del paciente que acuse de recibo del formulario de aviso eleva la presunción rebatible de que se han cumplido los requisitos de aviso de esta sección. No es necesario notificar si el paciente presenta una afección médica de emergencia tal como se define en la sec. 395.002(8)(b) o cuando no sea posible un aviso previo.

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



Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento, del estado de Florida

P.O. Box 14567

Tallahassee, Florida 32317

Número gratuito 1-800-398-2129

Teléfono (850) 488-8191

Fax (850) 922-5369

Web NICA.com

MANUAL DE BENEFICIOS

Aprobado el 24 de agosto de 2023



Asociación de Compensación por
Lesiones Neurológicas Relacionadas
con el Nacimiento, del estado de Florida

P.O. Box 14567

Tallahassee, Florida 32317

Número gratuito 1-800-398-2129

Teléfono (850) 488-8191

Fax (850) 922-5369

Web NICA.com



SUPPORTIVE SERVICES FOR
FAMILIES & PHYSICIANS