

Preguntas frecuentes – EPSDT

Programa de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico

Este documento ofrece respuestas a preguntas comunes relacionadas con el beneficio de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) de Oregon, con un enfoque en la guía para las organizaciones de atención coordinada (coordinated care organizations, CCO) y proveedores del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP).

Los documentos de guía con requisitos para las CCO y proveedores del OHP (junto con recursos de educación para proveedores y materiales para miembros) pueden encontrarse en www.Oregon.gov/EPSDT. Estas preguntas frecuentes no tienen el propósito de sustituir la revisión de todos los documentos de guía.

Contenido

Contenido	1
Resumen	3
1. ¿Qué servicios se incluyen en el beneficio de EPSDT?	3
2. ¿Quién califica para los beneficios del EPSDT?.....	3
3. ¿Los niños y jóvenes deben inscribirse de forma separada en el EPSDT?.....	3
4. ¿El beneficio de EPSDT está disponible para miembros del OHP de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS)/tarjeta abierta?	3
5. ¿Por qué se habla tanto del EPSDT ahora? ¿Hubo algún cambio?	4
6. ¿Cómo hicieron esta transición al EPSDT completo otros estados?	4
7. ¿El EPSDT se aplica a cobertura de atención médica que no sea el Plan de Salud de Oregon?	4
8. ¿El proceso para apelaciones y audiencias cambia en virtud del EPSDT?	4
9. ¿Cómo puedo mantenerme informado acerca del EPSDT en Oregon?	4
Cobertura	5
10. ¿Cómo trabaja el EPSDT con la Lista priorizada de servicios de salud?.....	5
11. Además de las cosas debajo de la línea en la Lista priorizada ¿qué otra cosa está cubierta ahora?.....	5

12. ¿Qué cosas no están cubiertas por el EPSDT?	5
13. ¿El cambio reciente en el EPSDT significa que ahora todo estará cubierto para los miembros del OHP menores de 21 años?	5
14. ¿Qué cosa que no está incluida en nuestro plan estatal estaría cubierta en virtud del EPSDT?	6
15. ¿Existen límites en la cantidad de servicios o visitas que se cubren?	6
16. ¿Qué detecciones sistemáticas deben estar cubiertas en virtud del EPSDT?	6
17. En el pasado, determinados equipos médicos/terapias/medicamentos que solicité para mis pacientes fueron denegados. ¿Cómo sé que ahora estarán cubiertos?.....	6
18. ¿Quién determina si algo es médicamente necesario y adecuado?	7
19. ¿Cómo se define médicamente necesario, médicamente apropiado y dentalmente apropiado?.....	7
20. ¿Cuál sería un ejemplo de algo que es médicamente necesario, pero no médicamente adecuado? ¿Cuál sería un ejemplo de algo que es médicamente adecuado, pero no médicamente necesario?	9
21. ¿Cómo funciona la Declaración de intenciones 4 ahora que el EPSDT cubre totalmente cualquier servicio que sea médicamente necesario y adecuado para miembros menores de 21 años?	9
22. ¿Qué cosa cambió acerca de la cobertura de equipos médicos duraderos (DME)?.....	9
23. ¿El EPSDT cubre cosas relacionadas con las necesidades sociales de un miembro?	10
24. ¿El EPSDT cubre códigos Z?	10
25. ¿El EPSDT cubre los servicios provistos en escuelas, relacionados con los programas de educación individualizada (Individualized Education Programs, IEP)?	10
26. Vi que ahora la ortodoncia está cubierta por el OHP en algunos casos. ¿Qué está cubierto? ¿Cuál es el proceso para obtener su cobertura?.....	10
27. ¿Puede una CCO denegar un servicio si el proveedor “no está en la red” o necesitan aprobarlo porque es el EPSDT?.....	10
28. Si la salud física no está cubierta en virtud del paquete de beneficios del miembro con la CCO, nosotros (la CCO) denegaremos la cobertura de un servicio de salud física. ¿Cuál es el texto adecuado que se incluye en la carta de denegación?.....	11
29. ¿Las CCO pueden usar fondos de servicios relacionados con la salud para pagar servicios del EPSDT?.....	11

30. ¿Qué sucede con la cobertura del tratamiento para una afección que no está cubierta para adultos, pero está cubierta para un miembro menor de 21 años? ¿La cobertura continúa después de cumplir 21 años?	11
Autorización previa y facturación	12
31. ¿Los servicios del EPSDT requieren autorización previa?	12
32. ¿Las CCO o la OHA deciden si exigen autorización previa para servicios del EPSDT?	12
33. ¿Las CCO puede continuar exigiendo autorización previa para la atención fuera de la red que no es de emergencia (con excepciones)?.....	12
34. ¿Quién necesita solicitar autorización previa?.....	12
35. ¿Cuál es la diferencia entre el proceso de autorización previa para FFS/tarjeta abierta y el proceso de autorización previa con una CCO?	12
36. ¿Qué sucede con los reclamos que no requieren autorización previa? ¿Cuándo enviamos la documentación clínica para esos casos?	13
37. ¿Cómo sé (un proveedor) si se necesita más documentación?.....	13

Resumen

1. ¿Qué servicios se incluyen en el beneficio de EPSDT?

EPSDT es un beneficio integral de atención médica para niños y jóvenes para miembros del OHP desde el nacimiento hasta los 21 años. Los beneficios físicos, dentales, de comportamiento, de salud y farmacia médicamente necesarios y adecuados están cubiertos a través del EPSDT. Esto incluye la detección sistemática, controles, realización de pruebas y atención de seguimiento para la visión, audición y la salud oral/dental.

2. ¿Quién califica para los beneficios del EPSDT?

Los miembros del Plan de Salud de Oregon menores de 21 años califican para beneficios del EPSDT. Esto incluye niños y jóvenes menores de 21 años inscritos en el OHP a través del programa Healthier Oregon.

3. ¿Los niños y jóvenes deben inscribirse de forma separada en el EPSDT?

No, no es un beneficio separado. Los miembros del OHP menores de 21 años recibirán cobertura del EPSDT de forma automática.

4. ¿El beneficio de EPSDT está disponible para miembros del OHP de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS)/tarjeta abierta?

Sí. El EPSDT cubre a todos los miembros menores de 21 años en el Plan de Salud de Oregon. Esto incluye a miembros de FFS/tarjeta abierta y miembros inscritos en organizaciones de atención coordinada (CCO).

5. ¿Por qué se habla tanto del EPSDT ahora? ¿Hubo algún cambio?

A partir del 1.o de enero de 2023, hay servicios adicionales cubiertos en virtud del EPSDT. El OHP ahora cubre todos los servicios médicamente necesarios y adecuados para miembros menores de 21 años, independientemente de la ubicación en la [Lista priorizada de servicios de salud](#).

6. ¿Cómo hicieron esta transición al EPSDT completo otros estados?

El resto de los estados y territorios de los EE. UU., más el Distrito de Columbia, implementaron el EPSDT completo durante muchos años. Oregon era el único estado con una Lista priorizada y una exención relacionada con la cobertura del EPSDT, por eso nuestra implementación de la cobertura del EPSDT completo comenzó el 1.o de enero de 2023.

7. ¿El EPSDT se aplica a cobertura de atención médica que no sea el Plan de Salud de Oregon?

No. Los requisitos del EPSDT solo se aplican al Plan de Salud de Oregon.

8. ¿El proceso para apelaciones y audiencias cambia en virtud del EPSDT?

El proceso no cambia, pero vale la pena repetir:

Cualquier denegación de cobertura debe ser por escrito. Los proveedores no deben negarse a brindar atención o a derivarla. En virtud de la ley federal y las normas estatales, los miembros del OHP deben recibir una Notificación de denegación o Notificación de determinación adversa de beneficios por escrito cuando se deniega un servicio.

Las notificaciones deben contener:

- Una declaración de la acción prevista y la fecha de entrada en vigencia.
- Las razones específicas y el apoyo legal para la acción.
- Una explicación de los derechos de apelación o audiencia de la persona.
- Los derechos de representación de los miembros.

Si la notificación proviene de una CCO, el miembro puede apelar la decisión con la CCO. Después de la apelación, también pueden solicitar una audiencia a la OHA. Si la notificación proviene de la OHA, el miembro puede solicitar una audiencia a la OHA. Un proveedor puede trabajar con el miembro para solicitar una apelación o audiencia en nombre del miembro.

Puede encontrar más información acerca de las apelaciones y audiencias con el OHP [aquí](#).

9. ¿Cómo puedo mantenerme informado acerca del EPSDT en Oregon?

Existen varias maneras para mantenerse informado acerca del EPSDT, entre ellas:

- Marque como favorito www.Oregon.gov/EPSDT y visite periódicamente para ver las actualizaciones.
- Consulte el [registro de cambio](#) publicado para ver cualquier cambio en la guía de CCO, guía del proveedor o estas preguntas frecuentes
- Inscríbase en [Provider Matters](#) (para proveedores del OHP) o la [Actualización semanal de CCO](#) (para CCO)

- Envíe un correo electrónico al personal del EPSDT con sus preguntas a EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov

Cobertura

10. ¿Cómo trabaja el EPSDT con la Lista priorizada de servicios de salud?

A partir del 1.º de enero de 2023, los servicios para miembros del OHP menores de 21 años deben estar cubiertos si son médicamente necesarios y adecuados, independientemente de la ubicación en el Lista priorizada. Las CCO y la OHA no pueden denegar un servicio solo porque está “debajo de la línea”, aunque pueden considerar cualquier nota relevante de la pauta para informar su determinación de necesidad y adecuación médicas para el miembro individual. Tenga en cuenta que los siguientes servicios debajo de la línea en la Lista priorizada todavía no están cubiertos, en general, para adultos de más de 21 años.

11. Además de las cosas debajo de la línea en la Lista priorizada ¿qué otra cosa está cubierta ahora?

Cualquier servicio o apoyo que históricamente no estaba cubierto debe cubrirse cuando sea médicamente necesario y adecuado (o dentalmente adecuado) para el miembro individual menor de 21 años, con algunas excepciones (ver la pregunta 12). Estas son algunas categorías de servicio que históricamente tenían restricciones de cobertura y que ahora deben considerarse con base en las necesidades de la persona:

- Determinados fármacos o terapias
- Equipo médico duradero
- Otros servicios auxiliares
- Servicios que no están en el plan estatal de Medicaid de Oregon o incluidos en el paquete de beneficios de OHP Plus, pero que están cubiertos en virtud de la ley federal de Medicaid.

12. ¿Qué cosas no están cubiertas por el EPSDT?

Aunque no podemos hacer determinaciones amplias de forma generalizada, algunos ejemplos de cosas que no están cubiertas generalmente por el EPSDT incluyen:

- Tratamiento que no es médicamente necesario Y adecuado para la persona.
- Cosas que no tengan un código de diagnóstico y procedimiento (CPT o HCPCS) correspondiente.
- Cualquier cosa que no cubra Medicaid, es decir, que Medicaid federal no permitirá el pago. Sin embargo, hay algunos servicios y poblaciones que reciben el paquete de beneficios del OHP Plus y que no tienen financiación federal, pero que los paga el estado.

13. ¿El cambio reciente en el EPSDT significa que ahora todo estará cubierto para los miembros del OHP menores de 21 años?

No. Además de ser médicamente necesario y adecuado, deben cumplirse las siguientes pautas:

- Los servicios deben tener un código de diagnóstico y procedimiento (CPT o HCPCS) correspondiente para estar cubiertos.

- Los servicios deben poder cubrirse como parte del paquete de beneficios del OHP Plus. Por ejemplo, los procedimientos puramente cosméticos no están cubiertos en virtud de las normas federales.
- Medicaid debe ser un buen administrador de recursos. Las CCO y la OHA pueden elegir cubrir la opción efectiva de menor costo que satisfará las necesidades del miembro.

14. ¿Qué cosa que no está incluida en nuestro plan estatal estaría cubierta en virtud del EPSDT?

Oregon tiene un “plan estatal” de Medicaid que define los servicios del Plan de Salud de Oregon (incluidos los servicios que Oregon elige no cubrir, aunque podrían estar permitidos federalmente). Un ejemplo que estaría cubierto cuando es médicamente necesario y adecuado son los antihistamínicos no sedativos para rinitis alérgica.

15. ¿Existen límites en la cantidad de servicios o visitas que se cubren?

En virtud del EPSDT, no puede exigirse un límite en la cantidad de servicios o el número de visitas que están cubiertas. Todos los servicios y visitas médicamente necesarios y adecuados deben estar cubiertos para los miembros menores de 21 años. La OHA y las CCO pueden establecer límites después de los cuales se requiere autorización previa y también pueden requerir la opción efectiva de menor costo que satisfaga las necesidades del miembro.

16. ¿Qué detecciones sistemáticas deben estar cubiertas en virtud del EPSDT?

Las visitas de detección sistemática cubiertas se ofrecen a intervalos según la edad (también se conocen como visitas de bienestar del niño o visitas de bienestar del adolescente). Oregon sigue las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y [Bright Futures](#) y el [programa de periodicidad](#). Las visitas de bienestar del niño deben incluir lo siguiente:

- Examen físico completo
- Salud completa e historial de desarrollo (incluida la evaluación de tanto el desarrollo de la salud mental como física)
- Evaluación del desarrollo
- Pruebas de laboratorio preventivas (incluida la realización de pruebas de intoxicación por plomo y pruebas genéticas)
- Vacunas adecuadas
- Evaluación del estado nutricional
- Guía anticipatoria y asesoramiento de salud para padres e hijos
- Derivación para tratamientos de salud y comportamiento médicamente necesarios

El EPSDT también cubre detección sistemática para la vista, audición y salud bucal/dental

El EPSDT también cubre detección sistemática no programada, evaluaciones, controles y exámenes que pueden llevarse a cabo en cualquier momento. Esto puede deberse a una enfermedad, lesión o cambio en la afección.

17. En el pasado, determinados equipos médicos/terapias/medicamentos que solicité para mis pacientes fueron denegados. ¿Cómo sé que ahora estarán cubiertos?

En virtud del EPSDT, los servicios que se determinan como médicamente necesarios y adecuados (o dentalmente adecuado) para el niño o joven menor de 21 años deberían ser aprobados. Las

solicitudes de servicios deben considerarse con base en las necesidades individuales del miembro y cualquier denegación de cobertura debe hacerse por escrito. Los proveedores pueden consultar [esta guía](#) para obtener más información acerca de la autorización previa de FFS/tarjeta abierta y los procedimientos de facturación, incluida la documentación de la necesidad y adecuación médicas. Los proveedores de CCO deben consultar con la CCO acerca de sus procedimientos específicos para enviar la documentación de la necesidad y adecuación médicas. Los proveedores deben asegurarse de que están prestando o derivando a atención médicamente necesaria y adecuada y no limitar su atención o derivación con base en experiencias pasadas de denegaciones.

18. ¿Quién determina si algo es médicamente necesario y adecuado?

“Médicamente necesario” y “médicamente adecuado” son determinaciones hechas mediante el juicio clínico de las circunstancias de un miembro, según las necesidades del niño o joven. Es posible que los proveedores deban enviar documentación a la OHA (para miembros de FFS/tarjeta abierta) o a la CCO para demostrar la necesidad y adecuación médicas. La OHA y las CCO usan procesos establecidos de revisión (llevados a cabo por personal clínico correspondiente) para tomar decisiones relacionadas con la necesidad y adecuación médicas.

19. ¿Cómo se define médicamente necesario, médicamente apropiado y dentalmente apropiado?

A partir del 1 de enero de 2024, las definiciones de médicamente necesario, médicamente apropiado y dentalmente apropiado que se refieren específicamente a la población del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment Program, EPSDT por sus siglas en inglés) se encuentran en la [Norma Administrativa de Oregon 410-151-0001](#):

“Médicamente necesario para EPSDT”

(a) Significa servicios de salud, artículos y suministros médicos que se requieren para abordar una o más de las siguientes opciones para un beneficiario de EPSDT:

(A) La prevención, el diagnóstico, el tratamiento o el mejoramiento de la enfermedad, la condición o el trastorno del beneficiario de EPSDT que da como resultado un deterioro de salud o una discapacidad;

(B) La habilidad de un beneficiario de EPSDT para lograr el crecimiento y el desarrollo apropiados para su edad. Los servicios que pueden ser médicamente necesarios para EPSDT para el logro del crecimiento y desarrollo apropiado para cada edad incluyen pero no se limitan a servicios razonablemente calculados para mejorar la habilidad del beneficiario de EPSDT para participar en el trabajo o en la escuela, o para la prevención, diagnóstico, detección, tratamiento, curación, corrección, reducción o alivio de los efectos de una condición, lesión o discapacidad física, mental, conductual, nutricional, dental, genética, del desarrollo o congénita sin importar si están incluidas en la Lista Priorizada de Servicios de Salud [definida en la Norma Administrativa de Oregon (OAR por sus siglas en inglés) 410-120-0000] o si están debajo de la línea de financiamiento en la Lista Priorizada de Servicios de Salud;

(C) La habilidad de un beneficiario de EPSDT para lograr, mantener o recuperar independencia para cuidarse a sí mismo, realizar actividades de la vida diaria o mejorar su estado de salud; o

(D) La oportunidad para que un beneficiario de EPSDT que recibe servicios y apoyos a largo plazo (LTSS por sus siglas en inglés) tenga acceso a los beneficios de la vida comunitaria fuera de una

institución para lograr metas de cuidado centradas en la persona, para participar en la planificación de sus cuidados, y para vivir y trabajar en el entorno que ellos eligen.

(b) Un servicio médicamente necesario para EPSDT también debe ser médicamente apropiado para EPSDT. Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para el beneficiario de EPSDT.

“Médicamente apropiado para EPSDT”

(a) Significa servicios de salud, artículos o suministros médicos que son:

(A) Recomendados por un profesional de la salud autorizado que presta servicios dentro del alcance de su licencia; y

(B) Seguros, efectivos y apropiados para el beneficiario de EPSDT, y generalmente reconocidos por la comunidad científica o profesionalmente relevante con base en la mejor evidencia disponible, la cual incluye literatura médica y la opinión de consenso de expertos y que toma en cuenta los valores del beneficiario de EPSDT; y

(C) Eficaces en el mejoramiento del acceso a cuidados, la habilidad de participar activamente en los cuidados, el trabajo, la escuela o las actividades sociales y que no sean únicamente para la conveniencia o preferencia de un beneficiario de EPSDT, un proveedor de cuidados, o un proveedor de servicios, artículos o suministros médicos; y

(D) El nivel o tipo más asequible de servicios de salud, artículos o suministros médicos que son servicios cubiertos, los cuales se pueden proveer de manera segura y efectiva a un beneficiario de EPSDT.

(b) Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente apropiados para EPSDT para el beneficiario de EPSDT. Sin embargo, no todos los servicios médicamente apropiados para EPSDT son servicios que están cubiertos.

“Dentalmente apropiado para EPSDT”

(a) Significa servicios, artículos y suministros dentales que son:

(A) Recomendados por un profesional de la salud autorizado que presta servicios dentro del alcance de su licencia; y

(B) Seguros, efectivos y apropiados para el beneficiario de EPSDT, y generalmente reconocidos por la comunidad científica o profesionalmente relevante con base en la mejor evidencia disponible, la cual incluye literatura médica y la opinión de consenso de expertos y que toma en cuenta los valores del beneficiario de EPSDT; y

(C) Eficaces en el mejoramiento del acceso a cuidados, la habilidad de participar activamente en los cuidados, el trabajo, la escuela o las actividades sociales y que no sean únicamente para la conveniencia o preferencia de un beneficiario de EPSDT, un proveedor de cuidados, o un proveedor de servicios, artículos o suministros médicos; y

(D) El nivel o tipo más asequible de servicios de salud, artículos o suministros médicos que son servicios cubiertos, los cuales se pueden proveer de manera segura y efectiva a un beneficiario de EPSDT.

(b) Todos los servicios cubiertos deben ser dentalmente apropiados para EPSDT para el beneficiario de EPSDT. Sin embargo, no todos los servicios dentalmente apropiados para EPSDT son servicios que están cubiertos.

Bajo EPSDT, se les requiere a los estados que provean servicios integrales que sean médicamente necesarios y médicamente apropiados para corregir y mejorar las condiciones de salud. Estos incluyen servicios que, basándose en las circunstancias individuales de cada niño, afectan la habilidad del niño para crecer, desarrollarse o participar en la escuela.

20. ¿Cuál sería un ejemplo de algo que es médicamente necesario, pero no médicamente adecuado? ¿Cuál sería un ejemplo de algo que es médicamente adecuado, pero no médicamente necesario?

Los ejemplos de médicamente necesario, pero no médicamente adecuado incluyen:

- Un medicamento necesario para tratar la afección de una persona, pero que no es seguro para esa persona porque tendría una interacción adversa con otro medicamento que está tomando.
- Solo se receta un medicamento costoso cuando se puede usar un genérico.

Los ejemplos de médicamente adecuado, pero no médicamente necesario incluyen:

- Un niño con un diente frontal roto que podría tener un capuchón, pero no tiene dolor ni sufre impedimentos de ninguna forma.
- La medicación para el acné para un joven cuya afección no le impide su bienestar, funcionamiento o participación en la escuela u otras actividades.

21. ¿Cómo funciona la Declaración de intenciones 4 ahora que el EPSDT cubre totalmente cualquier servicio que sea médicamente necesario y adecuado para miembros menores de 21 años?

[La Declaración de intenciones 4](#) es una nota de guía en la Lista priorizada que pueden usar los revisores clínicos cuando consideran la efectividad y adecuación de un servicio para niños. Los proveedores deben continuar respetando la Declaración de intenciones 4 cuando determinan la necesidad y adecuación médicas para niños y jóvenes menores de 21 años.

22. ¿Qué cosa cambió acerca de la cobertura de equipos médicos duraderos (DME)?

Los DME son servicios auxiliares e históricamente algunos elementos no estaban cubiertos. En virtud del EPSDT, como otros servicios, el DME debe estar cubierto para un miembro del OHP menor de 21 años si se determina que es médicamente necesario y adecuado mediante una revisión individual. Al igual que otros servicios del EPSDT, los artículos de DME deben estar cubiertos en virtud de la ley federal de Medicaid para estar cubiertos por el EPSDT.

La mayoría de los servicios revisados hasta la fecha en el programa de FFS/tarjeta abierta en virtud del cambio de política del EPSDT han sido para DME. [La Declaración de intenciones 4](#) en la Lista priorizada es un factor significativo en la revisión de DME. La OHA y las CCO aún pueden considerar la alternativa menos costosa para el miembro y si se han probado alternativas.

Tenga en cuenta que se aproxima una revisión de las normas administrativas de Oregon relacionada con el DME.

23. ¿El EPSDT cubre cosas relacionadas con las necesidades sociales de un miembro?

En general, el EPSDT cubre servicios que pueden ser pagados por la ley federal de Medicaid y son médicamente necesarios y adecuados para el niño o joven. Como tales, los servicios necesitan tener un diagnóstico y código de facturación (CPT o HCPCS) adecuados para estar cubiertos por el EPSDT. Si un miembro inscrito en una CCO tiene necesidades de salud que no se pueden facturar en virtud de Medicaid, consulte con la CCO para conocer otras formas de satisfacer estas necesidades.

Un nuevo beneficio de Necesidades sociales relacionadas con la salud para los miembros del OHP fue aprobado por el gobierno federal como parte de la Demostración de exención del OHP 2022-2027 1115 de Oregon. Sin embargo, la cobertura de Necesidades sociales relacionadas con la salud será un nuevo beneficio para un grupo de personas que cumple con criterios de elegibilidad adicionales.

24. ¿El EPSDT cubre códigos Z?

Los códigos Z son un subconjunto de códigos ICD-10 (diagnóstico) que se usan para identificar “factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud”. Indican un motivo para un encuentro y no se consideran códigos de procedimientos. Los servicios facturados con códigos Z pueden estar cubiertos por el EPSDT siempre que sean médicamente necesarios y adecuados y estén cubiertos por Medicaid. No todos los códigos Z están cubiertos en virtud de la ley federal de Medicaid.

25. ¿El EPSDT cubre los servicios provistos en escuelas, relacionados con los programas de educación individualizada (Individualized Education Programs, IEP)?

Si los servicios listados en un IEP son solamente para fines escolares o de educación, entonces es responsabilidad de la escuela proporcionar o pagar por estos servicios. Si los servicios del IEP son con fines educativos, pero también se prestan para la persona fuera del entorno escolar (por ejemplo, en el hogar o para la vida cotidiana), entonces calificarían para la cobertura del OHP en virtud del EPSDT. Al igual que otros servicios del EPSDT, los servicios basados en la escuela deben estar cubiertos en virtud de la ley federal de Medicaid para estar cubiertos por el EPSDT.

26. Vi que ahora la ortodoncia está cubierta por el OHP en algunos casos. ¿Qué está cubierto? ¿Cuál es el proceso para obtener su cobertura?

El tratamiento de ortodoncia por maloclusión incapacitante está cubierto a partir el 1.º de enero de 2023, cuando las circunstancias de la persona cumplen con criterios específicos de revisión similares a los que se usan en otros programas estatales de Medicaid (puede encontrar los criterios [aquí](#)). La maloclusión incapacitante o deformidad dentofacial incapacitante son afecciones que afectan el habla, masticar y otras funciones.

27. ¿Puede una CCO denegar un servicio si el proveedor “no está en la red” o necesitan aprobarlo porque es el EPSDT?

En virtud del EPSDT, no hubo cambios en los requisitos de la CCO relacionados con la cobertura de proveedores “dentro de la red” y “fuera de la red”. Una CCO no está obligada a cubrir servicios provistos por proveedores fuera de la red si existe un proveedor dentro de la red que puede ofrecer el servicio. Sin embargo, si un servicio médicamente necesario y adecuado no está disponible a

través de un proveedor dentro de la red, la CCO debe cubrir un servicio cuando sea provisto por un proveedor fuera de la red y ayudar con la derivación al proveedor fuera de la red. Las CCO pueden requerir autorización previa para servicios fuera de la red.

28. Si la salud física no está cubierta en virtud del paquete de beneficios del miembro con la CCO, nosotros (la CCO) denegaremos la cobertura de un servicio de salud física. ¿Cuál es el texto adecuado que se incluye en la carta de denegación?

De acuerdo con OAR 410-141-3885, la Notificación de determinación adversa de beneficios (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD) debe incluir una explicación clara y detallada de los motivos específicos para la determinación adversa del beneficio. Como tal, la CCO debe garantizar que el texto del motivo de la denegación sea claro acerca de que los servicios pueden estar cubiertos por el pago por servicio del OHP, incluso si no están cubiertos en virtud del paquete de beneficios de la CCO. Un ejemplo de texto aceptable sería el siguiente:

La cobertura de su [CCO] solo incluye [salud oral, salud del comportamiento]. La cobertura de su [CCO] no incluye [atención de salud física, del comportamiento]. Es posible que tenga cobertura de [atención de salud física, del comportamiento] a través del pago por servicio del OHP. Comuníquese con Servicios para el cliente del OHP al 800-273-0557 para recibir ayuda.

29. ¿Las CCO pueden usar fondos de servicios relacionados con la salud para pagar servicios del EPSDT?

No. Todos los servicios del EPSDT están cubiertos por el Plan de Salud de Oregon y deben facturarse correspondientemente. Como los servicios relacionados con la salud (Health Related Services, HRS) no pueden usarse para servicios cubiertos, los HRS no pueden usarse para pagar servicios del EPSDT.

30. ¿Qué sucede con la cobertura del tratamiento para una afección que no está cubierta para adultos, pero está cubierta para un miembro menor de 21 años? ¿La cobertura continúa después de cumplir 21 años?

El Comité de gestión médica (Medical Management Committee, MMC) de FFS/tarjeta abierta ve el propósito del beneficio del EPSDT como garantía de que los niños y jóvenes obtengan la atención médica que necesitan para estar saludables y prosperar. En general, la revisión y aprobación del MMC para los servicios será para el plan de tratamiento y generalmente incluirá la aprobación de servicios que comenzaron antes de que el miembro cumpla 21 años, pero deben continuar después de cumplir 21 años.

Un ejemplo que se revisó y aprobó recientemente es el tratamiento para una persona con maloclusión incapacitante que comenzó el tratamiento de ortodoncia a los 20 años, pero el tratamiento no se completaría hasta después de cumplir 21 años. Dicho esto, estas solicitudes se revisarán caso por caso y podrían requerir autorización adicional después de los 21 años. Las organizaciones de atención coordinada tienen la autoridad para determinar cómo considerarán la cobertura de servicios continuos después de los 21 años.

Autorización previa y facturación

31. ¿Los servicios del EPSDT requieren autorización previa?

Las CCO y la OHA pueden requerir autorización previa para algunos servicios (ver la pregunta 32). No pueden exigir autorización previa para servicios de detección sistemática del EPSDT.

32. ¿Las CCO o la OHA deciden si exigen autorización previa para servicios del EPSDT?

Las CCO y la OHA no pueden exigir una autorización previa para todos los servicios históricamente no cubiertos por el EPSDT (por ejemplo, los que están por debajo de la línea en la Lista prioritaria) solo como una forma de poner en práctica la expansión de la cobertura del EPSDT del 1.o de enero de 2023. Sin embargo, es aceptable usar la autorización previa para gestionar algunos servicios, como los de alto costo, alto riesgo o nuevos procedimientos.

33. ¿Las CCO puede continuar exigiendo autorización previa para la atención fuera de la red que no es de emergencia (con excepciones)?

Sí. En virtud del EPSDT, no existen cambios relacionados con cómo las CCO pueden usar la autorización previa para servicios fuera de la red.

34. ¿Quién necesita solicitar autorización previa?

Un proveedor que remite debe tener el nivel adecuado de licencia o certificación o el alcance de la práctica necesario para evaluar la necesidad médica y la idoneidad médica del servicio.

Un proveedor que remite debe tener un número de identificación de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) (los centros de salud rurales o centros de salud habilitados a nivel federal y los proveedores de atención médica indígenas tienen un NPI de proveedor/clínica).

35. ¿Cuál es la diferencia entre el proceso de autorización previa para FFS/tarjeta abierta y el proceso de autorización previa con una CCO?

El proceso de autorización previa para FFS/tarjeta abierta se describe en la [guía del proveedor del EPSDT](#) y se gestiona mediante la unidad de apoyo clínico del proveedor de la Oregon Health Authority.

Para un miembro inscrito en una CCO, el proveedor debe consultar a la CCO para conocer sus procedimientos específicos.

Para las autorizaciones previas relacionadas con centros de tratamiento residencial psiquiátrico infantil (Psychiatric Residential Treatment Facilities, PRTF), los proveedores pueden comunicarse con el contratista Comagine Health de la OHA para recibir ayuda a través de UROregon@comagine.org. Los procesos de PRTF están bajo revisión y cambiarán en el futuro. Estas preguntas frecuentes y las guías asociadas se actualizarán en ese momento. Si tiene preguntas adicionales, puede enviarlas a Medicaid.Programs@odhsoha.oregon.gov.

36. ¿Qué sucede con los reclamos que no requieren autorización previa? ¿Cuándo enviamos la documentación clínica para esos casos?

Como recordatorio, los requisitos del EPSDT para revisión individual de necesidad y adecuación médicas antes de la denegación se aplican independientemente de si es un reclamo o una solicitud de autorización previa.

Para un miembro inscrito en una CCO, el proveedor debe comunicarse con la CCO para conocer sus procedimientos específicos.

Para los miembros de FFS/tarjeta abierta, los proveedores tienen la opción de enviar una solicitud de revisión previa al servicio para determinar la cobertura antes de prestar un servicio, incluso si no se requiere la autorización previa. Para enviar una solicitud de revisión previa al servicio:

- Método preferido: Portal de proveedores de MMIS en <https://www.or-medicaid.gov>
- Si es necesario: Envíe por fax el formulario de Solicitud de autorización previa del ODHS/OHA ([MSC 3971](#)) al OHA utilizando los números de contacto proporcionados en el MSC 3971. Tenga en cuenta que la portada completa de EDMS (incluida en MSC 3971) debe estar en la primera página para un procesamiento correcto.

Para la revisión posterior al servicio de FFS/tarjeta abierta, el proveedor puede enviar un reclamo, carta de necesidad médica y documentación de respaldo a la Unidad de reclamos de la OHA (OHA.FFSOHPClaims@odhsoha.oregon.gov) solicitando una revisión o enviar un reclamo y esperar a que la OHA se comunique solicitando la información clínica de respaldo. El Sistema de Información de Administración de Medicaid (sistema de procesamiento de reclamos de la OHA) se actualizó para suspender reclamos de artículos que históricamente no estaban cubiertos para miembros menores de 21 años. Cuando se suspende un reclamo, el personal de la OHA se comunicará con el proveedor para solicitar cualquier documentación necesaria antes de finalizar el reclamo. El proveedor tendrá 14 días para responder a la solicitud de documentación, o el reclamo podría denegarse.

37. ¿Cómo sé (un proveedor) si se necesita más documentación?

Si trabaja con una CCO, comuníquese con la CCO para conocer sus procedimientos específicos.

Para reclamos de EPSDT FFS/tarjeta abierta con una fecha de servicio del 1/1/23 o posterior, la OHA se comunicará con los proveedores cuando los reclamos se suspenden por estar debajo de la línea o no emparejados. La OHA trabajará con el personal de la clínica para obtener la documentación necesaria y revisará la necesidad y adecuación médicas. Los proveedores pueden acelerar este procesamiento de reclamos al presentar documentación con el reclamo.

Tenga en cuenta que si un reclamo de FFS/tarjeta abierta fue denegado, adjuntar documentación adicional no activará una revisión adicional. Deberá enviar un nuevo formulario de reclamo con documentación adicional. Si está solicitando una revisión o enviando documentación basada en una comunicación de la OHA, envíe el reclamo, la carta de necesidad/adecuación médicas y la documentación de respaldo a OHA.FFSOHPClaims@odhsoha.oregon.gov.

Para facilitar la comunicación oportuna con la OHA, recuerde actualizar su información de contacto con Inscripción de proveedores al 1-800-336-6016, opción n.º 6 o provider.enrollment@odhsoha.oregon.gov. Puede ser difícil identificar a los miembros

correctos del equipo clínico para obtener la documentación necesaria, por lo tanto, le recomendamos asegurarse de contar con la información correcta de la OHA y su CCO.

Si tiene más preguntas, visite www.Oregon.gov/EPSTD o comuníquese con EPSTD.Info@odhsoha.oregon.gov

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Servicio al Cliente del OHP al 800-699-9075 (TTY 711). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.