
Formación sobre el EPSDT para proveedores

Descripción general del Programa de detección
sistemática,
diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)
para proveedores de servicios de salud conductual y
rehabilitación conductual (BRS)

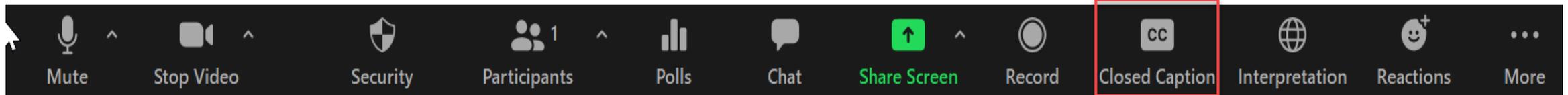
15 de febrero de 2023



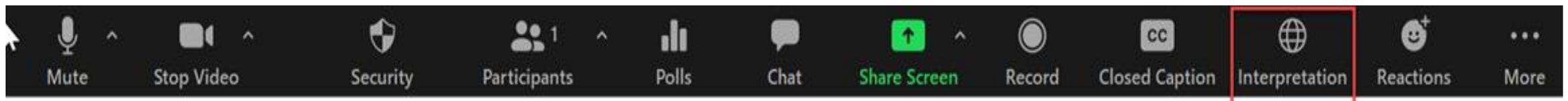
Oregon
Health
Authority

Logística del seminario web

- Esta sesión será grabada.
- Envíe un chat privado o un correo electrónico a Tom Cogswell (thomas.cogswell@dhsoha.state.or.us) si tiene problemas con Zoom.
- Subtítulos disponibles:



- Está disponible la interpretación del lenguaje de señas estadounidense (American Sign Language, ASL). Fije el video del intérprete de ASL haciendo clic en el botón “Más” junto a su nombre.
- Todos los participantes que hablan español deberán seleccionar el botón Interpretación y luego el canal en español para que aparezca el sonido.



Liderazgo clínico del OHA y equipo del EPSDT

Margaret Cary, MD, MPH, directora clínica de Pago por Servicio (Fee for Service, FFS) del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP)

Jessica Ickes, analista del EPSDT/normas para niños

Laura Sisulak, analista de normas de salud

Ausentes, pero en el equipo:

Dana Hargunani, MD, MPH, directora médica del Oregon Health Authority (OHA)

Dawn Mautner, MD, MS, director médico de Medicaid

Liz Stuart, gerente de proyectos

Bienvenida y contexto

Meg Cary, MD, MPH, directora clínica de Pago por Servicio del OHP

Objetivos de la sesión

Los proveedores, socios y defensores lograrán lo siguiente:

- Entender el cambio en las normas del Programa de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic & Treatment Program, EPSDT) a partir del 1.º de enero de 2023.
- Entender qué ha cambiado y qué permanece igual con respecto a los servicios para niños que históricamente no están cubiertos.
- Entender los requisitos que comparten el OHA y las organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organizations, CCO), y qué procesos pueden ser distintos.
- Abordar preguntas sobre servicios especializados de salud conductual
- Saber adónde acceder para obtener guías detalladas y enviar preguntas.

Normas del EPSDT

¿Qué es lo que cambia?

En primer lugar... ¿Qué es el EPSDT?

- El beneficio de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a niños menores de 21 años que están inscritos en Medicaid en el Plan de Salud de Oregon (OHP).
- Los estados deben cumplir un cronograma de periodicidad para los servicios para niños. Oregon sigue el [cronograma de periodicidad de Bright Futures](#).
- Los estados están obligados a proporcionar servicios integrales y a **prestar todos los servicios cubiertos por Medicaid, médicamente adecuados y necesarios para corregir y mejorar afecciones de salud**, en función de determinadas guías federales.
- **En Oregon, el EPSDT constituye el beneficio para niños y jóvenes dentro del Plan de Salud de Oregon.** No es necesario inscribirse en un programa diferente para acceder a estos beneficios.

Oregon.gov/EPSDT

¿Quiénes califican para los servicios del EPSDT?

- Los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP) menores de 21 años (los miembros pasan a la cobertura para adultos al cumplir 21 años).
- En el futuro, los jóvenes con necesidades especiales de atención médica (Youth with Special Health Care Needs, YSHCN) serán elegibles hasta que cumplan 26 años.
 - Esta expansión de la cobertura no se implementará antes de julio de 2024 y la guía se actualizará para ese momento.
 - Esta expansión de la cobertura fue aprobada por el gobierno federal como parte de la exención 1115 de Medicaid para 2022-2027 de Oregon.

Estas normas se aplican tanto a los miembros de tarjeta abierta (Pago por Servicio) como a los miembros inscritos en las CCO.

EPSDT: servicios cubiertos

- Todos los servicios médicamente adecuados y necesarios requeridos para la detección o el tratamiento de enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud
- Visitas de bienestar de niños y visitas de bienestar de adolescentes que cumplan con el [cronograma de periodicidad de Bright Futures](#). Estas visitas incluyen lo siguiente:
 - Examen físico completo
 - Salud integral 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 prueba de intoxicación por plomo)
 - Vacunas adecuadas
 - Evaluación del estado nutricional
 - Guía anticipatoria y asesoramiento de salud para padres e hijos
 - Derivación para tratamientos de salud y de salud mental médicamente necesarios
- Detección sistemática para la vista, audición y salud bucal/dental

EPSDT: servicios cubiertos

Los servicios médicamente necesarios y adecuados incluyen lo siguiente:

- Servicios de salud conductual
- Recetas médicas
- Terapia del habla-lenguaje-audición, física y ocupacional
- Anteojos, audífonos, dispositivos de comunicación aumentativa
- Atención dental
- Suministros y equipos médicos
- Servicios de salud proporcionados en la escuela (como servicios en un Programa de educación individualizado)
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de rehabilitación
- Suplementos nutricionales/alimentos medicinales



Hasta 2023, se eximía un elemento del EPSDT

- La mayoría de los servicios del EPSDT se proporcionan en Oregon hace muchos años.
- La [exención 1115 de Medicaid para 2017-2022](#) de Oregon y las exenciones anteriores permitían que el estado *limitara la cobertura de servicios de tratamiento identificados durante una detección sistemática del EPSDT en las personas mayores de 1 año en la medida en que dichos servicios no figuraran en una lista de afecciones y tratamientos prioritarios*.
- Esto significa que Oregon no cubría servicios de **tratamiento** que estuvieran “por debajo de la línea” en la [Lista de servicios de salud prioritarios](#) en niños de 1 a 21 años.

¿Qué cambió a partir del 1.º de enero de 2023?

- Ahora no se exige ningún requisito del EPSDT en Oregon.
- En virtud del EPSDT, el OHP cubre **todos los servicios médicamente necesarios y adecuados para niños y jóvenes inscritos hasta que cumplan 21 años**, independientemente de lo siguiente:
 - La ubicación del diagnóstico en la Lista de servicios de salud prioritarios.
 - Si es un servicio emparejado o no emparejado.
 - Si es un servicio secundario “no cubierto”.
 - Si está cubierto por el Plan Estatal de Medicaid en Oregon.

¿Qué es una Lista prioritaria?

- La [Lista de servicios de salud prioritarios](#) es una herramienta utilizada para indicar cuáles son los servicios que el Plan de Salud de Oregon cubre en general.



- La [Comisión de Revisión de Evidencia de Salud \(Health Evidence Review Commission, HERC\)](#) utiliza evidencia médica para ofrecer una guía sobre los servicios cubiertos.
 - Históricamente, los servicios cubiertos aparecían “arriba de la línea” en la Lista prioritaria, y los servicios “debajo de la línea” no contaban con cobertura del OHP.
 - **Esto todavía se aplica para adultos (mayores de 21), pero no para niños y jóvenes.**

El cambio de normas NO significa que todos los servicios están cubiertos en todos los casos

- Las CCO y el OHA pueden utilizar procesos adecuados de gestión de utilización y requieren autorización previa para algunos servicios
- Los servicios cubiertos deben tener un código facturable: códigos de Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS) o Terminología de procedimiento actual (Current Procedural Terminology, CPT).
- Los servicios deben poder ser cubiertos por Medicaid. Un ejemplo que no cuenta con cobertura son los procedimientos exclusivamente estéticos.
- Las CCO y el OHA pueden utilizar una red de proveedores preferidos.
- Para facturar los servicios, el proveedor debe ser un proveedor inscrito en Medicaid y tener un número de identificación de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI)
- Medicaid debe ser un buen administrador de recursos y puede que requiera alternativas menos costosas
- Los servicios deben ser médicamente necesarios y adecuados

Implementación de las CCO y de tarjeta abierta

El OHA y las CCO deben:

- Cumplir el cambio en las normas y los requisitos de cobertura del EPSDT a partir del 1.º de enero de 2023.
- Garantizar que **no** se rechacen los servicios a los miembros del OHP menores de 21 años sin una revisión individual de necesidad médica e idoneidad médica.
- Respetar una definición de necesidad médica e idoneidad médica que no sea más restrictiva que la que figura en la [Norma administrativa de Oregon 410-120-0000](#).
- Cumplir el [cronograma de periodicidad de Bright Futures](#).
- Cumplir la guía para la aplicación de la autorización previa para los servicios del EPSDT.

Las CCO y el OHA pueden tener diferencias en los siguientes aspectos:

- Procedimientos de autorización previa
- Procedimientos de facturación

Médicamente necesario y médicamente adecuado

- Los términos “médicamente necesario”, “médicamente adecuado” y “dentalmente adecuado” se definen en la [Norma administrativa de Oregon 410-120-0000](#).
- Los estados están obligados a proporcionar servicios integrales médicamente adecuados y médicamente necesarios para corregir y **mejorar** afecciones médicas.
- Incluye los servicios que, en función de las circunstancias particulares del niño, tienen un efecto adverso en su capacidad **para crecer, desarrollarse o participar en la escuela** ([Declaración de intenciones 4](#) de la Lista prioritaria).
- La documentación necesaria para demostrar la necesidad e idoneidad médica figura en la [Guía de proveedores del EPSDT del OHA](#).

Qué se puede y qué no se puede hacer en función del EPSDT

Las CCO y el OHA no pueden:	Las CCO y el OHA pueden:
Rechazar un servicio o reclamo solo porque está debajo de la línea de financiación, no está emparejado o es un servicio auxiliar históricamente “no cubierto”. Esto incluye el rechazo automático por medio de sistemas de procesamiento de reclamos en cuanto a los servicios que históricamente no han tenido cobertura.	Rechazar un reclamo por errores administrativos como el ingreso incorrecto de los códigos de diagnóstico y otra información fáctica ingresada erróneamente sin antes realizar una revisión individual en cuanto a la necesidad médica e idoneidad médica.
Rechazar un reclamo únicamente debido a la falta de notas de historia clínica u otra documentación respecto de la necesidad médica e idoneidad médica.	Rechazar un servicio o reclamo si no es médicamente necesario y médicamente adecuado (o dentalmente adecuado, en caso de un servicio dental) para el niño o joven, según una revisión individual de la documentación clínica.
Exigir una autorización previa para todos los servicios históricamente no cubiertos (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.	Elegir aprobar automáticamente servicios que antes no tenían cobertura sin una revisión de necesidad médica.
Exigir autorización previa para cualquier servicio de detección sistemática del EPSDT.	Usar la Lista prioritaria como herramienta de guía y no como herramienta de rechazo.

Camino hacia la implementación

- Estos requisitos están vigentes a partir del 1.º de enero de 2023.
- Se espera que la implementación sea completa a fines del primer trimestre de 2023.



¿Qué significa esto para?

Atención a preguntas específicas sobre el servicio

La Lista prioritaria del EPSDT

- Según el EPSDT, las CCO y el OHA deben cubrir **todos los servicios médicamente necesarios y adecuados (o dentalmente adecuados, en el caso de un servicio dental) para niños y jóvenes menores de 21 años.**
- La Comisión de Revisión de Evidencia de Salud (HERC) revisa la evidencia clínica y actualiza la Lista prioritaria. Las notas de la guía pueden usarse para apoyar la evaluación individual de la necesidad e idoneidad médicas (o idoneidad dental) para miembros menores de 21 años. Sin embargo, deben considerarse en función de las necesidades individuales del miembro y es posible que no se apliquen para determinar la cobertura de niños en todos los ámbitos.
- Es posible que la ubicación de un servicio en la Lista prioritaria **no** sea un motivo del rechazo de un servicio.
- Nota para los proveedores que también prestan servicios a adultos: Estos cambios no se aplican a los adultos (personas mayores de 21 años). Los servicios que están por debajo de la línea de financiación en la Lista prioritaria generalmente no tienen cobertura en adultos.

¿Qué sí ha cambiado de lugar en la Lista prioritaria?

La [Comisión de Revisión de Evidencia de Salud](#) completó hace poco una revisión de los servicios históricamente no cubiertos teniendo en cuenta las necesidades únicas de los niños y jóvenes con el objetivo de minimizar la necesidad de revisiones individuales antes de la aprobación de los servicios.

Estos son algunos ejemplos de los servicios que han pasado a estar por encima de la línea relacionada con el EPSDT:

- Tratamiento del trastorno de la conducta y el trastorno negativista desafiante en niños menores de 18 años.
- Tratamiento de lesiones de tendones y ligamentos (desgarros completos).
- Tratamiento con ortodoncia por disoclusión discapacitante. Puede encontrar [aquí](#) los criterios de revisión que abordan esta afección específica.

Para obtener más información: [Lista de servicios de salud prioritarios](#)

Ejemplos de servicios de tratamiento que se han aprobado mediante una revisión individual

- Sesiones de terapia adicionales luego del umbral definido (por ejemplo, 10 visitas).
- Tratamiento del acné en algunos casos que afectan el crecimiento, el desarrollo y la participación en la escuela de los niños.
- Servicios auxiliares que anteriormente no tenían cobertura, como el equipo médico duradero cuando se determina que es médicamente necesario y médicamente adecuado.
- Extirpación de amígdalas.

Servicios de salud conductual especializados

- Las técnicas de gestión de utilización usadas para la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias deben cumplir con la [Ley sobre Igualdad de Prestaciones para los Servicios de Salud Mental y Tratamiento de Adicciones](#).
- Sin denegaciones basadas en una línea de financiación en la Lista prioritaria, es posible que más derivaciones se revisen caso por caso en función de la necesidad e idoneidad médicas.
- En 2023, hay trabajo para alinear las reglas de salud conductual, pero la implementación de normas del EPSDT tiene prioridad sobre cualquier guía contradictoria.

Necesidad médica

Necesidad médica se refiere a los servicios y elementos de salud que requiere un cliente o miembro para abordar uno o más de los siguientes:

- La prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, una afección o un trastorno de un cliente o miembro que provoque un deterioro de la salud o una discapacidad.
- La capacidad de un cliente o miembro para lograr un crecimiento y desarrollo apropiado para su edad.
- La capacidad de un cliente o miembro para lograr, mantener o recuperar la autonomía en el cuidado personal, la capacidad para realizar actividades de la vida diaria o mejorar el estado de salud.
- O bien, la oportunidad para que un cliente o miembro que recibe Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long Term Services & Supports, LTSS), tal como se define en estas normas, acceda a los beneficios de la vida comunitaria no institucionalizada, logre los objetivos de atención personalizada y viva y trabaje en el entorno de su elección.
- Un servicio médicamente necesario también debe ser médicamente adecuado. Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios, pero no todos los servicios médicamente necesarios son servicios cubiertos.

Idoneidad médica (y dental)

La idoneidad médica (y dental) alude a servicios, elementos o suministros de salud que reúnen las siguientes condiciones:

- Son recomendados por un proveedor de salud con licencia que ejerce dentro del alcance de su licencia.
- Son seguros, efectivos y adecuados para el paciente según los estándares de buenas prácticas de salud y generalmente reconocidos por la comunidad científica o profesional correspondiente sobre la base de la mejor evidencia disponible.
- No solamente de acuerdo a la conveniencia o preferencia de un cliente o miembro del OHP, o del proveedor del elemento de servicio o suministro médico.
- Son los más rentables de los niveles alternativos o tipos de servicios de salud, elementos o suministros médicos que son servicios cubiertos que se pueden proporcionar de manera segura y eficaz a un cliente o miembro de la División, a criterio de la División o de la entidad de atención administrada (Managed Care Entity, MCE).
- Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente adecuados para el miembro o cliente, pero no todos los servicios médicamente adecuados son servicios cubiertos.

Ejemplo de caso: tratamiento intensivo de la salud conductual en el hogar

Antes del cambio de normas del EPSDT:

- En la admisión, se requirieron dos diagnósticos de salud mental por encima de la línea
- Ejemplo: ansiedad y trastorno por estrés postraumático (post-traumatic stress disorder, PTSD)

Luego del cambio de normas del EPSDT:

- Es posible que cumplan con la necesidad e idoneidad médicas si tienen ansiedad y un código Z
- Ejemplo: ansiedad y problemas relacionados a eventos de vida negativos en la niñez (Z61)
 - Z61.1 Retiro del hogar en la infancia

Ejemplo de caso: servicios residenciales

Antes del cambio de normas del EPSDT:

- El diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) se aprobó únicamente para servicios ambulatorios

Luego del cambio de normas del EPSDT:

- Es posible que se apruebe el ADHD si se determina que es médicamente necesario y adecuado

EPSDT y revisiones farmacéuticas

- Las **revisiones farmacéuticas** de cobertura estarán en consonancia con los requisitos de revisión individual de necesidad e idoneidad médicas, según sea necesario.
- En este momento, no existen cambios obligatorios en los **procesos** de autorización previa según el EPSDT.
- Para fomentar la presentación de documentación completa a tiempo, se agregará el siguiente contenido a la [Solicitud de autorización previa de medicamentos y suplementos nutricionales orales \(OHP 3978\)](#) a partir del 1.º de enero de 2023:

“Detallar todos los códigos de diagnóstico o factores contribuyentes correspondientes que provocan o profundizan una afección financiada, incluida cualquier afección concomitante relevante o impacto en el crecimiento, aprendizaje o desarrollo”.

- La adición de este contenido pretende ayudar a facilitar las revisiones individuales.

Autorización previa de farmacia

- Actualizar todos los criterios de autorización previa para respaldar la revisión individualizada para miembros menores de 21 años que tienen un diagnóstico históricamente no financiado, para evaluar caso por caso si el medicamento solicitado es médicamente adecuado y necesario.
- Las definiciones estándar para uso médicamente adecuado y necesario incluirán lo siguiente:
 - Indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldada por compendios.
 - Prueba y error, contraindicación o intolerancia al menos a dos productos preferidos (cuando estén disponibles en la clase).
 - Documentación que pruebe que la enfermedad es lo suficientemente grave como para afectar la salud del paciente.

EPSDT y servicios de salud en las escuelas

- El EPSDT no cambia la jerarquía de quién paga los servicios. Si una prestación es un servicio elegible de Medicaid en las escuelas, Medicaid se encargará de pagarlo.
- Sin embargo, es posible que más servicios de tratamiento se consideren cubiertos en virtud del EPSDT.
- [La Declaración de intenciones 4](#) de la Lista prioritaria especifica que la necesidad médica incluye los servicios que, **en función de las circunstancias particulares del niño**, tienen un efecto adverso en su capacidad para crecer, desarrollarse o **participar en la escuela**.
- Si se solicita un servicio relacionado a un Plan de Educación Individualizado (Individualized Education Plan, IEP), el OHA considerará el IEP como parte de la documentación de necesidad e idoneidad médicas. Se requiere la aprobación de los padres para compartir la documentación o información del IEP.

EPSDT y DME

- El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) es uno de los más afectados por el cambio en las normas del EPSDT. La mayoría de los servicios revisados en virtud del cambio en las normas en el programa de Tarifa por Servicio (tarjeta abierta) han sido para DME.
- La Declaración de intenciones 4 es un factor significativo en la revisión de DME.
- El OHA y las CCO aún pueden considerar la “alternativa menos costosa” y si se han probado alternativas.

**Derechos de los miembros y qué
sucede si se niega un servicio
solicitado**

Denegaciones de servicio

- Cualquier denegación de cobertura debe ser por escrito. **Los proveedores no deben negarse a brindar atención o a derivarla.**
- Los miembros del OHP deben recibir una Notificación de acción por escrito (para FFS) o una Notificación de determinación adversa de beneficios (para CCO) al denegárseles 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.

¿Qué recurso tienen los proveedores y los miembros?

- Si un proveedor o miembro o tutor no está de acuerdo con una decisión de denegación, puede apelar la decisión.
 - Cualquier notificación de denegación debe incluir instrucciones sobre cómo apelar o solicitar una audiencia.
 - Todos los miembros del OHP tienen derecho a una audiencia justa por denegaciones.
- Si un proveedor presenta documentación clínica adicional, se revisará como parte del proceso de apelación o audiencia.

Garantizar el acceso de los pacientes a los servicios

Si tiene inquietudes sobre el acceso de los pacientes a los servicios, comuníquese con uno de los siguientes contactos:

- Unidad de Servicio al Cliente de OHP al 1-800-273-0557.
 - Correo electrónico: OHP.ComplaintResolution@odhsoha.oregon.gov
- Programa Ombuds del OHA OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov
 - Teléfono: 1-877-642-0450 (solo para mensajes)

Recursos para proveedores y defensores

Lista de verificación: ¿Qué deben hacer los proveedores para prepararse?

Todos los proveedores deben hacer lo siguiente:

- ✓ NO suponer que los servicios históricamente no cubiertos seguirán sin tener cobertura. DEBEN ser analizados para cada niño o joven en particular.
- ✓ Controlar los reclamos o las autorizaciones previas durante el primer trimestre de 2023 y prepararse para volver a enviarlos, si fuera necesario.
- ✓ Revisar la [Guía para proveedores del EPSDT](#) y la [Hoja de datos para miembros](#).
- ✓ Inscribirse en [Provider Matters](#) y en la lista de difusión de Recursos del Centro de Transformación (inscríbase aquí: <https://www.surveymonkey.com/r/OHATransformationCenterTA>) para recibir información sobre los próximos seminarios web del EPSDT para proveedores.
- ✓ Guardar esta página: [Oregon.gov/EPSDT](https://www.oregon.gov/EPSDT)
- ✓ Comunicarse con nuestro equipo en caso de tener una pregunta: EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov

¿Qué deben hacer los proveedores para prepararse?

Los proveedores de pago por servicio deben hacer lo siguiente:

- ✓ Actualizar la información de contacto ante el personal de Inscripción de Proveedores del OHA para facilitar la comunicación sobre las revisiones posteriores al servicio.
 - ✓ Comunicarse con el personal de Inscripción de Proveedores llamando al 1-800-336-6016, opción n.º 6, o enviar un correo electrónico a provider.enrollment@odhsoha.oregon.gov.
- ✓ Asegurarse de poder enviar correos electrónicos seguros (encontrará recursos en la [Guía del EPSDT para proveedores](#) del OHA).

Los proveedores que pertenezcan a las CCO deben hacer lo siguiente:

- ✓ Consultar a la CCO específica para conocer sus procedimientos de facturación, autorización y reembolso.

Grabaciones de seminarios web disponibles

Descripción general del Programa de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)

Cómo garantizar el acceso al EPSDT: documentar la necesidad médica, la autorización previa y los procesos relacionados para los pacientes de pago por servicio (FFS o “tarjeta abierta”).

EPSDT para proveedores de servicios de salud conductual y rehabilitación conductual (este seminario web)

Visite Oregon.gov/EPSDT para consultar diapositivas y grabaciones.

En dónde encontrar más información

El OHA ha desarrollado los siguientes materiales para compartir información sobre este cambio:

- [Documento de guía sobre el EPSDT para CCO](#)
- [Aviso sobre el cambio de normas del EPSDT para proveedores del OHP](#)
- [Guía sobre el EPSDT para proveedores del OHP](#) (seminarios web disponibles)
- [Hoja de datos del EPSDT para miembros del OHP](#) (disponible en 13 idiomas)

[Oregon.gov/EPSDT](https://oregon.gov/EPSDT)

Todos los documentos de guía y los materiales de comunicación sobre el EPSDT estarán disponibles y se actualizarán en esta página.

Regulaciones y recursos sobre el EPSDT

- [Norma administrativa de Oregón 410-130-0245](#): Programa de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico.
- Código de Regulaciones Federales, [Título 42, Sección 441, Apartado B](#): Programa de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para menores de 21 años.
- [EPSDT: guía para los estados — Cobertura mediante el beneficio de Medicaid para niños y adolescentes](#)
- [Medicaid.gov](#)
- [Administración de Recursos y Servicios de Salud: Oficina de Salud Materna e Infantil](#)
- [Comisión de Pago y Acceso de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños \(Children's Health Insurance Program, CHIP\)](#)



¿Tiene preguntas?

EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov

El diálogo con colaboradores y socios, incluidas las familias y los miembros, nos ayuda a mejorar la igualdad. Muchas gracias por su participación continua y por brindarnos la colaboración y los conocimientos que nos ayudan a prestar un mejor servicio a las comunidades de Oregon.

Gracias