

# Preguntas Frecuentes: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)

Este documento ofrece respuestas a preguntas comunes acerca del beneficio de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos de Oregon, con un énfasis en orientación para proveedores de organizaciones de atención coordinada (CCO) y del Plan de Salud de Oregon (OHP).

Los documentos de orientación para proveedores de las CCO y el OHP (junto con recursos de educación para proveedores y materiales para miembros) pueden encontrarse en [www.Oregon.gov/EPSDT](http://www.Oregon.gov/EPSDT). Esta lista de preguntas frecuentes no son un sustituto de los documentos de orientación, los cuales se recomienda encarecidamente que los revise en forma completa.

## Índice

<b>Información general.....</b>	<b>4</b>
1. ¿Qué servicios se incluyen en el beneficio de EPSDT? .....	4
2. ¿Quién es elegible para los beneficios de EPSDT? .....	4
3. ¿Los niños y los jóvenes necesitan inscribirse por separado en EPSDT? .....	5
4. ¿Los miembros del OHP con pago por servicio (FFS) y tarjeta abierta tienen acceso a los beneficios de EPSDT? .....	5
5. ¿Por qué estamos oyendo tanto sobre EPSDT en estos momentos? ¿Ha cambiado algo? .....	5
6. ¿De qué modo otros estados han hecho esta transición a un EPSDT completo? .	5

7. ¿EPSDT aplica a la cobertura de atención de salud que no es el Plan de Salud de Oregon? .....	6
8. ¿Va a cambiar el proceso de apelaciones y audiencias con EPSDT? .....	6
9. ¿Cómo puedo mantenerme informado sobre EPSDT en Oregon? .....	6
<b>Cobertura .....</b>	<b>7</b>
10. ¿Cómo funciona EPSDT con la Lista Prioritaria de servicios de salud? .....	7
11. Aparte de las cosas por debajo de la línea en la Lista prioritaria, ¿qué otras cosas pueden estar cubiertas ahora? .....	7
12. ¿Qué cosas no están cubiertas por EPSDT? .....	8
13. ¿El EPSDT significa que ahora todo estará cubierto para miembros de OHP menores de 21 años y miembros de OHP con beneficios de YSHCN? .....	8
14. ¿Qué servicio que no está cubierto bajo nuestro plan estatal que sí estaría cubierto bajo EPSDT? .....	9
15. ¿Hay límites para la cantidad de servicios o consultas que estarán cubiertas?...	9
16. ¿Qué pruebas de detección deben estar cubiertas por EPSDT? .....	9
17. En el pasado, ciertos equipos médicos, terapias y medicamentos que solicitaba para mis pacientes siempre eran denegados. ¿Cómo sé si estarán cubiertos ahora? .....	10
18. ¿Quién determina si algo es médicamente necesario y médicamente adecuado? .....	10
19. ¿Cómo se define algo médicamente necesario, médicamente adecuado y dentalmente adecuado? .....	11
20. ¿Qué es un ejemplo de algo que es médicamente necesario pero no médicamente adecuado? ¿Y qué es algo que es médicamente adecuado pero no médicamente necesario? .....	13
21. ¿De qué modo la Declaración de intención 4 funciona ahora que el EPSDFT cubre completamente cualquier servicio que es médicamente necesario y	

médicamente adecuado para miembros menos de 21 años y miembros con beneficios YSHCN? .....	14
22. ¿Qué ha cambiado en relación con la cobertura de equipos médicos duraderos (DME)? .....	14
23. ¿EPSDT cubre cosas relacionadas con las necesidades sociales de un miembro? .....	15
24. ¿EPSDT cubre los códigos Z? .....	15
25. ¿EPSDT cubre servicios provistos en la escuela que se relacionan con los Programas de Educación Individualizada (IEP)? .....	15
26. Vi que los tratamientos de ortodoncia ahora están cubiertos por OHP en algunos casos. ¿Qué está cubierto? ¿Cuál es el proceso para obtener cobertura? .....	16
27. ¿Puede una CCO denegar un servicio si el proveedor “no está en red” o tienen que aprobarlo porque es EPSDT? .....	16
28. Si la salud física no está cubierta en el paquete de beneficios del miembro con la CCO, nosotros (la CCO) denegaremos cobertura de un servicio de salud física. ¿Cuál es el lenguaje adecuado para incluir en la carta de denegación? .....	16
29. ¿Pueden las CCO usar fondos para Servicios Relacionados con la Salud para pagar servicios de EPSDT? .....	17
30. ¿Qué ocurre con la cobertura de tratamiento para una condición que no está cubierta para adultos, pero ha estado cubierta para un miembro menor de 21 años? ¿La cobertura continúa después de cumplir 21 años? .....	17
31. ¿Los servicios de EPSDT requieren autorización previa? .....	18
32. ¿Las CCO o la OHA pueden decidir exigir autorización previa para servicios de EPSDT? .....	18
33. ¿Las CCO pueden seguir requiriendo autorización previa para atención fuera de la red y no emergentes (con excepciones)? .....	18
34. ¿Quién necesita autorización previa? .....	18

35. ¿Cuál es la diferencia entre el proceso de autorización previa para FFS o Tarjeta Abierta y el proceso de autorización previa con una CCO? .....	19
36. ¿Y qué ocurre con los reclamos que no requieren una autorización previa? ¿Cuándo enviamos la documentación clínica para estas? .....	19
37. ¿Cómo sé yo (un proveedor) si se necesita más documentación? .....	19
<b>Si tiene más preguntas:.....</b>	<b>20</b>

## Información general

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

El EPSDT es un beneficio de atención de salud integral infantil y juvenil para miembros del OHP desde el momento de nacer hasta los 21 años con [beneficios para Jóvenes Adultos con Necesidades Especiales de Salud \(YSHCN\)](#). La atención de salud física, dental y conductual, y los beneficios de farmacia médicamente necesarios y médicamente adecuados están cubiertos a través de EPSDT. Esto incluye pruebas de detección, chequeos, pruebas y atención de seguimiento, incluidos visión, audición y salud bucal y dental.

### 2. ¿Quién es elegible para los beneficios de EPSDT?

Los miembros del Plan de Salud de Oregon de menos de 21 años son elegibles para recibir beneficios del EPSDT. Esto incluye a niños y jóvenes de menos de 21 años que están inscritos en OHP a través del programa [Un Oregon más Sano](#) y [OHP Bridge](#).

A partir del 1 de enero de 2025, los miembros del OHP con beneficios de [Jóvenes Adultos con Necesidades Especiales de Salud \(YSHCN\)](#) también reciben cobertura de EPSDT hasta la edad de 26 años, siempre y cuando su nueva evaluación confirme la continuación de la elegibilidad (la OHA reevaluará la elegibilidad para YSHCN cada dos años).

### **3. ¿Los niños y los jóvenes necesitan inscribirse por separado en EPSDT?**

No, no es un beneficio por separado. Los miembros del OHP menores de 21 años y los miembros del OHP con beneficios de YSHCN reciben cobertura de EPSDT automáticamente.

### **4. ¿Los miembros del OHP con pago por servicio (FFS) y tarjeta abierta tienen acceso a los beneficios de EPSDT?**

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

### **5. ¿Por qué estamos oyendo tanto sobre EPSDT en estos momentos? ¿Ha cambiado algo?**

Desde el 1 de enero de 2023, hay servicios adicionales que están cubiertos bajo EPSDT. El OHP ahora cubre todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados para miembros menores de 21 años, independientemente de su ubicación en la [Lista prioritaria de servicios de salud](#). A partir del 1 de enero de 2025, los miembros de OHP con beneficios de [Jóvenes Adultos con Necesidades Especiales de Salud \(YSHCN\)](#) también reciben cobertura de EPSDT hasta la edad de 26 años, siempre y cuando su reevaluación confirme la elegibilidad continuada (OHA reevaluará la elegibilidad para YSHCN cada dos años).

### **6. ¿De qué modo otros estados han hecho esta transición a un EPSDT completo?**

Todos los demás estados y territorios de los EE. UU., además del Distrito de Columbia, han implementado EPSDT completo para miembros de Medicaid menores de 21 años por muchos años. Oregon era el único estado con una lista prioritaria y una exención relacionada con la cobertura de EPSDT, de modo que la implementación de cobertura de EPSDT completa en Oregon comenzó el 1 de enero de 2023.

## 7. ¿EPSDT aplica a la cobertura de atención de salud que no es el Plan de Salud de Oregon?

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

## 8. ¿Va a cambiar el proceso de apelaciones y audiencias con EPSDT?

El proceso no va a cambiar, pero vale la pena repetir:

Toda denegación de cobertura debe hacerse por escrito. Los proveedores no deben negarse a prestar atención o referir a pacientes a otro proveedor. De acuerdo con la ley federal y las normas estatales, los miembros del OHP deben recibir un Aviso de denegación o Aviso de decisión adversa sobre beneficios cuando se niegue la cobertura de un servicio.

Los avisos deben contener:

- un anuncio de la acción prevista y la fecha de entrada en vigor;
- las razones específicas y el fundamento jurídico para la acción;
- una explicación de los derechos de apelación o audiencia de la persona; y
- los derechos del miembro para obtener representación.

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

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

## 9. ¿Cómo puedo mantenerme informado sobre EPSDT en Oregon?

Hay varias maneras de mantenerse informado sobre EPSDT, como por ejemplo:

- Añada el sitio [www.Oregon.gov/EPSDT](http://www.Oregon.gov/EPSDT) a su lista de favoritos y visítelo regularmente para enterarse de noticias.
- Revise el [log de cambios](#) publicado por cualquier cambio a la orientación de CCO, orientación para proveedores, o esta lista de preguntas frecuentes.

- Suscríbase para recibir [Provider Matters](#) (Asuntos de proveedores) (para proveedores de OHP) o [CCO Weekly Update](#) (Noticias semanales de CCO) (para CCO)
- 

## Cobertura

### 10. ¿Cómo funciona EPSDT con la Lista Prioritaria de servicios de salud?

A partir del 1 de enero de 2023, los servicios para miembros de OHP menores de 21 años deben estar cubiertos si son médicamente necesarios o médicamente adecuados, independientemente de la ubicación en la Lista prioritaria. Esto también aplica a los miembros de OHP con beneficios de YSHCN, a partir del 1 de enero de 2025. Las CCO y la OHA no pueden denegar un servicio solo porque se halla “por debajo de la línea” aunque pueden considerar cualquier nota de orientación pertinente para informar su determinación de necesidad médica y adecuación médica para el miembro específico. Por favor, tenga en cuenta que los servicios que se hallen por debajo de la línea en la Lista prioritaria por lo general continúan sin cobertura para adultos de 21 años y mayores, a excepción de los miembros del OHP con beneficios de YSHCN.

### 11. Aparte de las cosas por debajo de la línea en la Lista prioritaria, ¿qué otras cosas pueden estar cubiertas ahora?

Todo servicio o apoyo que históricamente no haya estado cubierto debe estar cubierto cuando sea médicamente necesario o médicamente adecuado (o adecuado para la salud dental) para el miembro individual menor de 21 años o miembros con beneficios YSHCN, con algunas excepciones (consulte la pregunta 12). Estas son algunas categorías de servicio que históricamente pueden haber tenido restricciones de cobertura, las cuales ahora deben ser consideradas según las necesidades de la persona:

- ciertos medicamentos y terapias;
- equipo médico duradero;
- otros servicios adicionales;

- Servicios que no estaban en el plan estatal de Medicaid de Oregon ni incluidos en el paquete de beneficios de OHP Plus, pero que están cubiertos bajo la ley federal de Medicaid.

## **12. ¿Qué cosas no están cubiertas por EPSDT?**

Si bien no podemos tomar decisiones generales, a continuación se incluyen ejemplos de beneficios que, por lo general, no están cubiertos por EPSDT:

- Tratamiento que no es médicamente necesario NI médicamente adecuado para la persona.
- Cosas que no tienen un diagnóstico ni código de procedimiento (CPT, CDT o HCPCS) adecuados.
- Todo aquello que no puede recibir cobertura bajo Medicaid, lo cual significa que Medicaid no permitirá pagar por ello. No obstante, hay algunos servicios y grupos de personas que reciben el paquete de beneficios de OHP Plus que no tienen financiamiento federal pero están pagados por el estado.

## **13. ¿El EPSDT significa que ahora todo estará cubierto para miembros del OHP menores de 21 años y miembros de OHP con beneficios de YSHCN?**

No. Además de ser médicamente necesarios y médicamente adecuados, debe cumplirse lo siguiente:

- Los servicios deben tener un diagnóstico y código de procedimiento (CPT, CDT o HCPCS) adecuados para recibir cobertura.
- Los servicios deben recibir cobertura como parte del paquete de beneficios de OHP Plus. Por ejemplo, los procedimientos por razones puramente estéticas no están cubiertos según las normas federales.
- Medicaid debe ser un buen custodio de los recursos. Las CCO y la OHA deben optar por cubrir la opción eficaz más económica que satisfaga las necesidades del miembro.



#### **14. ¿Qué servicio que no está cubierto bajo nuestro plan estatal que sí estaría cubierto bajo EPSDT?**

Oregon tiene un “Plan Estatal” de Medicaid que define los servicios del Plan de Salud de Oregon (incluidos los servicios que Oregon decide no cubrir aunque puedan estar permitidos a nivel federal). Un ejemplo que estaría cubierto cuando es médicamente necesario y médicamente adecuado son los antihistamínicos no sedantes para la rinitis alérgica.

#### **15. ¿Hay límites para la cantidad de servicios o consultas que estarán cubiertas?**

Bajo EPSDT, no puede haber límites fijos sobre la cantidad de servicios o número de consultas que están cubiertos. Todos los servicios y consultas médicamente necesarios y médicamente adecuados deben estar cubiertos para miembros menores de 21 años y miembros con beneficios YSHCN. La OHA y las CCO tienen permitido establecer límites después de los cuales se requiere autorización previa y también pueden requerir la opción eficaz más económica que satisfaga las necesidades del miembro.

#### **16. ¿Qué pruebas de detección deben estar cubiertas por EPSDT?**

Se ofrecen consultas de detección cubiertas a intervalos adecuados según la edad (estas también se conocen como controles del niño o controles del adolescente sano). Oregon sigue las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y de [Bright Futures](#) y [el calendario de periodicidad](#). Los controles del niño sano deben incluir lo siguiente:

- examen físico completo;
- antecedentes de salud y de desarrollo completos (incluida una evaluación del desarrollo físico y de salud mental);
- evaluación del desarrollo;
- pruebas analíticas preventivas (incluidos prueba de toxicidad por plomo y análisis genéticos);
- vacunaciones adecuadas;
- evaluaciones del estado nutricional

- orientación anticipatoria y asesoramiento de salud para padres e hijos
- Referencias para tratamiento médicamente necesario de salud y de salud conductual;
- EPSDT también cubre exámenes de visión, audición y salud bucal y dental;
- EPSDT también cubre pruebas de detección no programadas, evaluaciones, controles y exámenes que pueden ocurrir en cualquier momento. Esto puede deberse a una enfermedad, lesión o cambio en una afección.

## **17. En el pasado, ciertos equipos médicos, terapias y medicamentos que solicitaba para mis pacientes siempre eran denegados. ¿Cómo sé si estarán cubiertos ahora?**

Bajo EPSDT, los servicios que se determinen que son médicamente necesarios y médicamente adecuados (o adecuados para la salud dental) para el niño o joven en particular menor de 21 años o miembros con beneficios YSHCN deberían aprobarse. Las solicitudes de servicios deben considerarse según las necesidades individuales del miembro y toda denegación de cobertura debe hacerse por escrito. Los proveedores pueden consultar [esta guía](#) para aprender más sobre la autorización anterior de FFS o Tarjeta abierta y los procedimientos de facturación, incluida la documentación de necesidad médica y adecuación médica. Los proveedores de CCO deben consultar con la CCO sobre sus procedimientos específicos para enviar la documentación de necesidad médica y adecuación médica. Los proveedores deben asegurarse de prestar atención médicamente necesaria y médicamente adecuada o hacer remisiones para ella, y no limitar su atención o remisiones basándose en experiencias de denegación anteriores.

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

Las determinaciones de “médicamente necesario” y “médicamente adecuado” se hacen según el juicio clínico de las circunstancias de un miembro, según las necesidades del menor o el joven en particular. Los proveedores podrían tener que enviar documentación la a OHA (para los miembros de FFS o Tarjeta abierta) o la CCO a para demostrar necesidad médica y adecuación médica. La OHA y las CCO usan procesos de revisión establecidos (llevados a cabo por personal clínico

adecuado) para tomar las decisiones sobre la necesidad médica y la adecuación médica.

## **19. ¿Cómo se define algo médicamente necesario, médicamente adecuado y dentalmente adecuado?**

A partir del 1 de enero de 2024, las definiciones de médicamente necesario, médicamente adecuado y dentalmente adecuado que se aplican específicamente al grupo beneficiario de EPSDT se encuentran en la [Norma Administrativa de Oregon 410-151-0001](#):

### **“Necesario desde el punto de vista médico para EPSDT”**

(a) Significa servicios de salud, artículos y suministros médicos que son requeridos para tratar uno o más de lo siguiente para un beneficiario de EPSDT:

(A) La prevención, el diagnóstico, el tratamiento o la mejora de la enfermedad, la condición o el trastorno de un beneficiario de EPSDT que da lugar a deficiencias de salud o una discapacidad;

(B) La capacidad de un beneficiario de EPSDT de alcanzar el crecimiento y el desarrollo adecuado para su edad. Los servicios que pueden ser médicamente necesarios según EPSDT para alcanzar el crecimiento y el desarrollo adecuado para la edad incluyen, entre otros, aquellos que es razonable pensar que mejorarán la capacidad del beneficiario de EPSDT de trabajar o estudiar, o la prevención, el diagnóstico, la detección, el tratamiento, la cura, la corrección, la reducción o el alivio de los efectos de una condición, lesión o discapacidad física, mental, conductual, nutricional, dental, genética, del desarrollo o congénita independientemente de si están incluidas en la Lista prioritaria de servicios de salud (definida en OAR 410-120-0000) o que están por debajo de la línea de financiación en la Lista prioritaria de servicios de salud;

(C) La capacidad de un beneficiario de EPSDT para alcanzar, mantener o recuperar la independencia en el cuidado personal, la habilidad de realizar actividades de la vida diaria o mejorar su estado de salud; o

(D) La oportunidad de un beneficiario de EPSDT de recibir Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) tener acceso a los beneficios de una comunidad de vivienda no

institucionalizada, para lograr las metas de atención centradas en la persona, participar en la planificación de su propio cuidado, vivir y trabajar en el entorno de su preferencia.

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

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

(A) Recomendados por un profesional de salud acreditado que ejerza dentro del ámbito de su acreditación; y

(B) Seguros, eficaces y adecuados para el beneficiario de EPSDT y generalmente reconocidos por la comunidad científica o profesional relevante y basados en la mejor evidencia existente, la cual incluye literatura médica y el consenso de expertos y que tiene en cuenta los valores del beneficiario de EPSDT; y

(C) Tengan impacto en la mejora al acceso a la atención, la capacidad de participar activamente en su cuidado, el trabajo, la escuela o actividades sociales y no solamente por la conveniencia o preferencia de un beneficiario de EPSDT, cuidado o proveedor del servicio, artículo o suministro médico; y

(D) El nivel o el tipo de servicios de salud, artículos o suministros médicos más económicos que sean servicios cubiertos que puedan proporcionarse en forma segura y eficaz a un beneficiario de EPSDT.

(b) Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente adecuados según EPSDT para el beneficiario EPSDT, pero no todos los servicios médicamente según EPSDT son servicios cubiertos.

#### **“Adecuado desde el punto de vista dental según EPSDT”**

(a) Significa servicios dentales, artículos o materiales dentales que son:

(A) Recomendados por un profesional de salud acreditado que ejerza dentro del ámbito de su acreditación; y

(B) Seguros, eficaces y adecuados para un beneficiario de EPSDT según los estándares de buenas prácticas de salud dental y generalmente reconocidos por la comunidad científica o profesional relevante basado en la mejor evidencia disponible, la cual incluye literatura médica y el consenso de los expertos y que tiene en cuenta los valores del beneficiario de EPSDT; y

(C) Tengan impacto en la mejora al acceso a la atención, la capacidad de participar activamente en su cuidado, el trabajo, la escuela o actividades sociales; y no solamente por la conveniencia o preferencia de un beneficiario de EPSDT, cuidado o proveedor del servicio, artículo o suministro dental; y

(D) El nivel o el tipo de servicios de salud, artículos o suministros más económicos que sean servicios cubiertos que puedan proporcionarse en forma segura y eficaz a un beneficiario de EPSDT.

(b) Todos los servicios cubiertos deben ser dentalmente adecuados según EPSDT para el beneficiario EPSDT pero no todos los servicios dentalmente adecuados según EPSDT son servicios cubiertos.

---

Esto incluye servicios que, según las circunstancias particulares del niño, afectan la capacidad del niño para crecer, desarrollarse o desempeñarse en la escuela.

## **20. ¿Qué es un ejemplo de algo que es médicamente necesario pero no médicamente adecuado? ¿Y qué es algo que es médicamente adecuado pero no médicamente necesario?**

Los ejemplos de algo médicamente necesario, pero no médicamente adecuado pueden incluir:

- Un medicamento que es necesario para tratar la condición de una persona, pero no es seguro para esa persona porque tendría una interacción adversa con otro medicamento que está tomando.
- Solo se indica un medicamento de venta bajo receta costoso cuando podría usarse un medicamento genérico.

Los ejemplos de algo médicamente adecuado, pero no médicamente necesario pueden incluir:

- Un niño con un diente delantero roto a quien podría hacerse una corona pero que no tiene dolor ni su funcionamiento está deteriorado en ningún aspecto.
- Medicamento para el acné para un joven cuyo acné no está interfiriendo en su bienestar, funcionamiento o participación en la escuela u otras actividades.

## **21. ¿De qué modo la Declaración de intención 4 funciona ahora que el EPSDT cubre completamente cualquier servicio que es médicamente necesario y médicamente adecuado para miembros menos de 21 años y miembros con beneficios YSHCN?**

La [Declaración de intención](#) es una nota de orientación en la Lista prioritaria que pueden usar los revisores clínicos al considerar la eficacia y la adecuación de un servicio para niños. Los proveedores pueden continuar remitiéndose a la Declaración de intención al tomar decisiones de necesidad médica y adecuación médica.

## **22. ¿Qué ha cambiado en relación con la cobertura de equipos médicos duraderos (DME)?**

Los DME son servicios auxiliares e, históricamente, algunos artículos no estaban cubiertos. Según EPSDT, como otros servicios, los DME deben estar cubiertos para un miembro del OHP menor de 21 años o un miembro con beneficios YSHCN si se determinó que son médicamente necesarios y médicamente adecuados en una revisión individual. Al igual que otros servicios de EPSDT, los artículos de DME deben poder recibir cobertura bajo la ley federal de Medicaid para estar cubiertos por EPSDT.

- La mayoría de los servicios revisados al día en el programa FFS/tarjeta abierta según el cambio de política de EPSDT han sido para DME. [La Declaración de intención 4](#) sobre la Lista prioritaria es un factor significativo al revisar los DME. La OHA y las CCO todavía pueden considerar la opción eficaz más económica para el miembro y si se han probado alternativas.
- Tenga en cuenta que próximamente habrá una revisión a las Normas Administrativas de Oregon sobre los DME.

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

En general, EPSDT cubre servicios que pueden pagarse en virtud de la ley federal de Medicaid y que son médicamente necesarias y médicamente adecuadas para el niño o joven en particular. Por esa razón, los servicios deben tener un diagnóstico y código de facturación (CPT, CDT o HCPCS) adecuados para que estén cubiertos por EPSDT. Si un miembro de CCO tiene necesidades médicas que no pueden facturarse según Medicaid, consulte con la CCO sobre otras formas de satisfacer estas necesidades.

Un nuevo beneficio de Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) para miembros del OHP fue aprobado por el Gobierno federal como parte de la Exención de Demostración de OHP 1115 en Oregon entre 2022 y 2027. No obstante, la cobertura de Necesidades sociales relacionadas con la salud es un nuevo beneficio por un grupo de individuos que cumplen con criterios de elegibilidad adicionales. Puede encontrar más información en la [página web de HRSN](#).

### **24. ¿EPSDT cubre los códigos Z?**

Los códigos Z son un subgrupo de códigos ICD-10 (diagnóstico) que se usan para identificar “factores que influyen en el estado de salud y el contacto con servicios de salud”. Indican una razón para un encuentro y no se consideran códigos de procedimiento. Los servicios facturados con los códigos Z pueden ser convertidos por EPSDT mientras sean médicamente necesarios, médicamente adecuados y cubiertos por Medicaid. No todos los códigos Z están cubiertos bajo la ley federal de Medicaid.

### **25. ¿EPSDT cubre servicios provistos en la escuela que se relacionan con los Programas de Educación Individualizada (IEP)?**

Si los servicios incluidos en un IEP son solamente para fines escolares o educativos, entonces es responsabilidad de la escuela ofrecerlos y pagarlos. Si los servicios de IEP son para fines educativos pero también servirían a la persona fuera del entorno escolar (por ejemplo en el hogar o en la vida diaria) entonces podrían estar cubiertos por el OHP bajo EPSDT. Al igual que otros servicios de EPSDT, los servicios escolares deben poder estar cubiertos por la ley federal de Medicaid para estar cubiertos por EPSDT.

## **26. Vi que los tratamientos de ortodoncia ahora están cubiertos por OHP en algunos casos. ¿Qué está cubierto? ¿Cuál es el proceso para obtener cobertura?**

El tratamiento ortodóncico de la maloclusión discapacitante está cubierto desde el 1 de enero de 2023, cuando las circunstancias individuales cumplen con los criterios de revisión específicos similares a lo que se usa en otros programas estatales de Medicaid (los criterios pueden encontrarse [aquí](#)). Una maloclusión discapacitante o una deformidad dentofacial discapacitante son afecciones que afectan al habla, la masticación y otras funciones.

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

Con EPSDT no ha habido cambios a los requisitos de las CCO en cuanto a la cobertura de proveedores “dentro de la red” y “fuera de la red”. Una CCO no está obligada a cubrir servicios brindados por proveedores fuera de la red si hay un proveedor dentro de la red que puede proporcionar el servicio. No obstante, si un servicio médicamente necesario y médicamente adecuado no está disponible a través de un proveedor dentro de la red, la CCO debe cubrir un servicio cuando lo brinda un proveedor fuera de la red y debe asistir con la referencia a un proveedor fuera de la red. Las CCO tienen permitido solicitar autorización previa para los servicios fuera de la red.

## **28. Si la salud física no está cubierta en el paquete de beneficios del miembro con la CCO, nosotros (la CCO) denegaremos cobertura de un servicio de salud física. ¿Cuál es el lenguaje adecuado para incluir en la carta de denegación?**

Según la OAR 410-141-3885, el Aviso de decisión adversa sobre beneficios (NOABD) debe incluir una explicación clara y completa de las razones específicas para la determinación adversa sobre el beneficio. De tal manera, la CCO debería asegurar que el lenguaje de la razón de denegación sea claro que los servicios pueden estar cubiertos por pago por servicio de OHP, aun si no están cubiertos en el paquete de beneficios de CCO. Un ejemplo de lenguaje aceptable sería:



“La cobertura de su [CCO] solo incluye [salud bucal, salud conductual]. La cobertura de su [CCO] no incluye [atención física, salud conductual]. Usted podría tener cobertura para [atención física, salud conductual] por el plan de pago por servicio de OHP. Llame al Departamento de Servicios al Cliente del OHP al 800-273-0557 para obtener asistencia”.

## **29. ¿Pueden las CCO usar fondos para Servicios Relacionados con la Salud para pagar servicios de EPSDT?**

No. Todos los servicios de EPSDT están cubiertos por el Plan de Salud de Oregon y deben facturarse como corresponde. Dado que los Servicios Relacionados con la Salud (HRS) no pueden usarse para servicios cubiertos, no pueden usarse HRS para pagar servicios de EPSDT.

## **30. ¿Qué ocurre con la cobertura de tratamiento para una condición que no está cubierta para adultos, pero ha estado cubierta para un miembro menor de 21 años? ¿La cobertura continúa después de cumplir 21 años?**

El Comité de Administración Médica (MMC) de FFS/Tarjeta Abierta considera que la intención del beneficio de EPSDT es garantizar que los niños y jóvenes reciban la atención de salud que necesitan para estar sanos y prosperar. En general, la revisión y la aprobación de los servicios por parte del MMC será para el plan de tratamiento, y probablemente incluirá la aprobación para servicios que comenzaron antes del cumpleaños 21 del miembro, pero tendrá que continuar después de esa fecha (o después del cumpleaños 26, en el caso de los miembros con beneficios YSHCN)

Un ejemplo que ha sido revisado y aprobado recientemente es el tratamiento para una persona con una maloclusión discapacitante que comenzó un tratamiento de ortodoncia a los 20 años, pero el tratamiento no estaría completo hasta después del cumpleaños 21. No obstante, estas peticiones se revisarán caso por caso y podrían requerir una autorización adicional después de los 20 años de edad. Las Organizaciones de Atención Coordinada tienen la autoridad para determinar cómo considerarán cobertura de servicios continuos más allá de la edad de 20 años (o la edad de 25 años, para miembros con beneficios de YSHCN).

### **31. ¿Los servicios de EPSDT requieren autorización previa?**

Las CCO y la OHA pueden requerir autorización previa para algunos servicios (remítase a la pregunta 32). No pueden requerir autorizaciones previas para los servicios de detección de EPSDT.

### **32. ¿Las CCO o la OHA pueden decidir exigir autorización previa para servicios de EPSDT?**

Las CCO y la OHA no pueden requerir autorización previa para todos los servicios de EPSDT históricamente no cubiertos (por ejemplo, aquellos debajo de la línea en la Lista Prioritaria) solamente como una forma de aplicar la expansión de cobertura de EPSDT del 1 de enero de 2023. No obstante, es aceptable usar la autorización previa para administrar algunos servicios, como aquellos que son procedimiento de alto costo, alto riesgo o nuevos.

### **33. ¿Las CCO pueden seguir requiriendo autorización previa para atención fuera de la red y no emergentes (con excepciones)?**

Sí. Con EPSDT no hay cambios en cuanto a cómo las CCO pueden usar autorización previa para servicios fuera de la red.

### **34. ¿Quién necesita autorización previa?**

Un proveedor que refiere debería tener el nivel adecuado de acreditación o certificación o ámbito de práctica necesarios para evaluar la necesidad médica y adecuación médica del servicio.

Un proveedor que refiere debe tener un Identificador de Proveedor Nacional (Centro de Salud Federalmente Calificado/ Centros de Salud Rurales y los Proveedores de Atención de Salud Indígenas tiene un NPI de proveedor o clínica).

### **35. ¿Cuál es la diferencia entre el proceso de autorización previa para FFS o Tarjeta Abierta y el proceso de autorización previa con una CCO?**

El proceso de autorización previa para FFS o Tarjeta Abierta se describe en la [guía de proveedor de EPSDT](#) y está administrado a través de la Unidad de Apoyo Clínico de Proveedores de la Autoridad de Salud de Oregon.

Para un miembro inscrito en una CCO, el proveedor debería consultar a la CCO sobre procedimientos específicos.

Para las autorizaciones previas relacionadas con los Establecimiento de Tratamiento Residencial Psiquiátrico para Niños (PRFT), escriba a Comagine Health al correo electrónico [UROregon@comagine.org](mailto:UROregon@comagine.org). Los procesos para PRFT están siendo revisados. Las preguntas adicionales pueden ser dirigidas a [Medicaid.Programs@odhsoha.oregon.gov](mailto:Medicaid.Programs@odhsoha.oregon.gov).

### **36. ¿Y qué ocurre con los reclamos que no requieren una autorización previa? ¿Cuándo enviamos la documentación clínica para estas?**

Como recordatorio, los requerimientos de EPSDT de revisión individual para necesidad médica y adecuación médica antes de una denegación se aplica independientemente de si es un reclamo o una petición de autorización previa.

Para un miembro inscrito en una CCO, el proveedor debería comunicarse con la CCO, por sus procedimientos específicos.

Para los miembros de FFS o Tarjeta Abierta, los proveedores deben seguir las instrucciones de facturación y documentación descritos en la [Guía de proveedores de EPSDT](#).

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

Si trabaja con una CCO, comuníquese con la CCO en cuanto a sus procedimientos específicos.

Para los reclamos de EPSDT de FFS o Tarjeta Abierta con una fecha de servicio 1/1/23 o posterior, la OHA se comunicará con los proveedores cuando se suspendan reclamos por estar debajo de la línea o no igualarla. La OHA trabajará con el personal clínico para obtener la documentación necesaria y revisar si cumple los criterios de

necesidad médica y adecuación médica. Los proveedores pueden acelerar este procesamiento de reclamos enviando la documentación con el reclamo. Por favor, revise la [Guía de proveedores de EPSDT](#) para obtener información completa la resolución de reclamaciones suspendidas.

## Si tiene más preguntas:

Por favor, visite [www.Oregon.gov/EPSDT](http://www.Oregon.gov/EPSDT) o comuníquese al [EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov](mailto:EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov).

---

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en un formato que usted prefiera gratis. Comuníquese con el programa de EPSDT al [EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov](mailto:EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov).

Medicaid Division  
Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos  
(EPSDT)  
Child and Family Programs  
500 Summer St NE, E35  
Salem OR 97301  
[Oregon.gov/EPSDT](http://Oregon.gov/EPSDT)

