

---

# Formación sobre el EPSDT para proveedores

Programa de detección sistemática,  
diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic  
Screening, Diagnosis & Treatment, EPSDT)

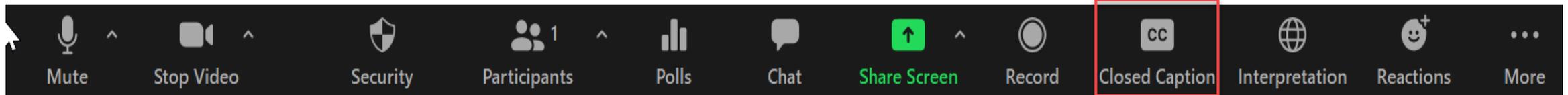
Análisis profundo sobre documentación, autorización previa y facturación  
de servicios del EPSDT

7 de febrero de 2023

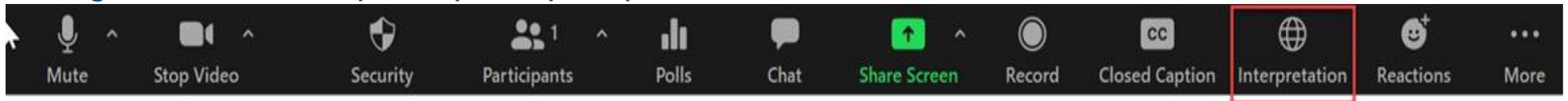


# Logística del seminario web

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



- Está disponible la interpretación del lenguaje de señas americano (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.



# Los presentadores de hoy y el 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)**

**Brenden Magee, Gerente de la Unidad de Apoyo Clínico para Proveedores**

**Mary Durrant, Gerente, Unidad de Servicios de Datos de Encuentros y Reclamos**

**Laura Sisulak, analista de normas de salud**

## **Equipo del EPSDT:**

**Dawn Mautner, MD, MS, director médico de Medicaid**

**Jessica Ickes, analista del EPSDT/normas para niños**

**Liz Stuart, gerente de proyectos**

# Bienvenida y revisión del cambio de norma

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

# Objetivos de la sesión

Los proveedores:

- Recibirán un recordatorio sobre el cambio en las normas del EPSDT a partir del 1.º de enero de 2023.
- Conocerán los requisitos para tarjeta abierta (FFS), tanto de las organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organizations, CCO) como del Oregon Health Authority, OHA.
- Comprenderán las definiciones de Necesidad médica e Idoneidad médica y cómo documentarlas.
- Conocerán cómo solicitar la Autorización Previa para pacientes con tarjeta abierta (FFS).
- Comprenderán cómo facturar la revisión posterior al servicio para pacientes con tarjeta abierta (FFS).
- Recibirán una lista de verificación para permitir comunicaciones oportunas con el OHA.
- Sabrán adónde acceder para obtener guías detalladas y enviar preguntas.

**¿Qué ha cambiado en el EPSDT en  
Oregón?**

# 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.
- 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, adecuados y médicamente necesarios para corregir y mejorar afecciones médicas**, 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 un programa separado que requiera inscripción y es tanto para miembros inscritos en las CCO como para miembros de pago por servicio.

# Hasta 2023, se eximía un elemento del EPSDT

- La mayoría de los servicios del EPSDT se proporcionan en Oregón hace muchos años.
- La exención [1115 de Medicaid para 2017-2022 de Oregón](#) 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 Oregón 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 Oregón.
- En virtud del EPSDT, el OHP cubre **todos los servicios médicamente necesarios y médicamente 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 Oregón.

# Implementación de las CCO y de tarjeta abierta

El OHA (para tarjeta abierta) 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 (tarjeta abierta) pueden tener diferencias en los siguientes aspectos:

- Procedimientos de autorización previa
- Procedimientos de facturación

# 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”. <b>Esto incluye el rechazo automático por medio de sistemas de procesamiento de reclamos en cuanto a los servicios que históricamente no han tenido cobertura.</b>	Rechazar un reclamo por errores administrativos como el ingreso incorrecto de los códigos de diagnóstico y otra información fáctica ingresada erróneamente <b>sin</b> antes realizar una revisión individual en cuanto a la necesidad médica e idoneidad médica.
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.	Rechazar un servicio o reclamación 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 <b>individual</b> de la documentación clínica.
Rechazar una reclamación únicamente debido a la falta de notas de historia clínica u otra documentación respecto de la necesidad médica e idoneidad médica.	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 desde del 1.º de enero de 2023.
- La supervisión del cumplimiento de las CCO comenzará en el segundo trimestre de 2023.



# **Necesidad médica e Idoneidad médica**

# Medicamento necesario y Medicamento adecuado

- Los términos “medicamento necesario”, “medicamento adecuado” y “dentalmente adecuado” se definen en la [Norma administrativa de Oregon 410-120-0000](#).
- Los estados están obligados a proporcionar servicios integrales medicamento adecuados y medicamento 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 para tarjeta abierta figura en la [Guía de proveedores del EPSDT del OHA](#).

# 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, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, afección o trastorno de un cliente o miembro que resulte en 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.

# ... e Idoneidad médica (y dental)

**La Idoneidad médica (y dental)** significa servicios, elementos o suministros de salud que:

- 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 y 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.
- Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente adecuados para el miembro o cliente, pero no todos los servicios médicamente adecuados son servicios cubiertos.

# EPSDT y Farmacia

- Las **revisiones farmacéuticas** de cobertura estarán en consonancia con los requisitos de revisión individual de necesidad médica e idoneidad médica, 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).
  - Y documentación que pruebe que la enfermedad es lo suficientemente grave como para afectar la salud del paciente.

# La Lista prioritaria y el EPSDT

# 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 (Health Evidence Review Commission, HERC) revisa la evidencia clínica y actualiza la Lista prioritaria. La Lista sigue siendo una **herramienta que sirve de guía** para identificar servicios que pueden requerir documentación a fin de establecer la necesidad médica e idoneidad médica (o idoneidad dental) para los miembros menores de 21 años.
- La ubicación de un servicio en la Lista prioritaria **no** puede ser el único 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](#)

**Autorizaciones previas y  
revisiones posteriores al servicio**

# Autorización previa según el EPSDT

- La autorización previa debe realizarse en función de cada caso y evaluando las necesidades individuales de cada niño.
- En este momento, no existen cambios obligatorios en los **procesos** de autorización previa según el EPSDT.
- Los procedimientos de autorización previa no pueden demorar la prestación de servicios de tratamiento necesarios y deben ser coherentes con el objetivo preventivo del EPSDT.
- No se puede exigir autorización previa para ningún servicio de **detección sistemática** del EPSDT.
- Se puede usar la autorización previa como herramienta de gestión de utilización en virtud del EPSDT (por ejemplo, para gestionar servicios de alto costo, alto riesgo o nuevos procedimientos).
- No puede exigirse la 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.
- El miembro del personal que realiza la revisión necesita el nivel adecuado de licencia o certificación necesaria para el tipo de decisión que está tomando.

# EPSDT y Equipo médico duradero

- El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) puede verse afectado por el cambio en las normas del EPSDT. Muchos 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 deben considerar la "alternativa menos costosa" y si se han probado alternativas.
- Al solicitar DME en virtud del EPSDT, es esencial proporcionar detalles específicos relacionados con la necesidad médica única de cada individuo y cómo el equipo solicitado satisface esa necesidad.

## Ejemplos de servicios de tratamiento que han sido aprobados mediante una revisión de administración médica individual

- Tratamiento (por ejemplo, acné) o procedimientos (por ejemplo, amigdalectomía) 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.
- Sesiones de terapia adicionales luego del umbral definido (por ejemplo, 10 visitas).

# ¿Quién puede presentar la documentación de 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 de ese 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).

# Documentación necesaria para la revisión de autorización previa para el EPSDT

- Portada de EDMS (MSC 3970).
- Solicitud de Autorización Previa completa (MSC 3971 o solicitud de Autorización Previa del portal web del proveedor).
  - Debe tener un código de diagnóstico primario y un diagnóstico secundario, según corresponda.
- Documentación clínica de apoyo.
- Carta firmada de Necesidad médica e idoneidad médica del médico tratante, específica para las necesidades individuales.

# ¿Qué se necesita para documentar la Necesidad Médica y la Idoneidad Médica para tarjeta abierta?

- Demostrar que los códigos solicitados se han evaluado minuciosamente y que no hay otros códigos emparejados que se apliquen a la situación del paciente, según lo exige la Norma Administrativa de Oregón (Oregon Administrative Rule, OAR) 410-141-3820(11).
- Explicar por qué el servicio es médicamente necesario y médicamente adecuado (o dentalmente adecuado) para la salud, desarrollo y participación en la escuela de ese **niño EN PARTICULAR**.
  - Incluir el diagnóstico o afección del individuo. Se puede incluir un diagnóstico secundario.
  - Tratamiento, servicio o elemento que se solicita.
  - Resumir **por qué** ese servicio o elemento es médicamente necesario y médicamente adecuado para esta persona.
  - Resumir por qué ese servicio o elemento es la "alternativa menos costosa" para satisfacer la necesidad e idoneidad médica al incluir documentación de las alternativas consideradas o probadas y por qué las alternativas no son adecuadas.
  - Para el tratamiento de afecciones concomitantes, explicar cómo el servicio cumple con los criterios descritos en la OAR 410-141-3820(10)(a).

# Proceso de envío de autorización previa

- 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) con una portada de EDMS completa (MSC 3970) al Oregon Health Authority, OHA utilizando los números de contacto proporcionados en el MSC 3970.
- Si necesita ayuda para usar el Portal de proveedores llame al (800) 336-6016, opción 5.
  - Si necesita ayuda para verificar la necesidad de autorización previa, o para verificar el estado de la misma, comuníquese con la línea directa de Autorización previa (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.): (800) 336-6016, opción 3.

# ¿Quiénes componen el Comité de Revisión de la Administración Médica?

- Hay nueve revisores de enfermería en la Unidad de apoyo clínico para proveedores de Medicaid.
- Los cuatro médicos en el Comité de Revisión de la Administración Médica (Medical Management Review Committee, MMC) son:
  - **Ariel Smith**, MD MPH, MPhil, médico del Servicio Público, director médico del Comité de Revisión de Evidencia de Salud (Health Evidence Review Committee, HERC): Certificado por la junta en Medicina Familiar.
  - **Dawn Mautner**, MD, MS, director médico de Medicaid del OHA: Certificado por la junta en Medicina Familiar.
  - **Jeff McWilliams**, MD, director médico, Kepro: Certificado por la Junta en Oncología Médica, Hematología, Medicina Interna.
  - **Margaret Cary**, MD, MPH, directora clínica de Pago por Servicio de Medicaid del OHA: Certificada por la junta en Psiquiatría general (adultos) y de niños y adolescentes.

# ¿Qué es una revisión posterior al servicio para FFS (reclamaciones de tarjeta abierta)?

- Si se suspende una reclamación por un servicio que históricamente se habría denegado como no emparejado o por debajo de la línea de la Lista prioritaria, esto se denomina **Revisión posterior al servicio**. Para buscar una aprobación posterior al servicio, el proveedor puede:
  - A. Presentar la documentación (la misma que se requiere para una autorización previa) con la reclamación o poco después. **O BIEN,**
  - B. si la reclamación se presenta sin documentación, el OHA intentará comunicarse con el proveedor para solicitar esta documentación dentro de los 14 días. Esta es la razón por la cual es fundamental tener la información de contacto del proveedor actualizada en la Inscripción de proveedores.
- Si pasan 14 días sin respuesta del proveedor, el OHA puede denegar la reclamación. En ese caso, el proveedor puede volver a presentar la reclamación y la documentación necesaria.
- La documentación puede enviarse directamente utilizando una portada de EDMS o puede enviarse por correo electrónico incluyendo la portada de EDMS a [OHA.FFSOHPClaims@dhsoha.state.or.us](mailto:OHA.FFSOHPClaims@dhsoha.state.or.us)

**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](mailto:OHP.ComplaintResolution@odhsoha.oregon.gov)
- Programa Ombuds del OHA [OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov)
  - Teléfono: 1-877-642-0450 (solo para mensajes)

**¿Cómo puedo mantenerme informado como médico u organización proveedora?**

# 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 (inscríbese 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://oregon.gov/EPSDT)
- ✓ Comunicarse con nuestro equipo en caso de tener una pregunta: [EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov](mailto: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](mailto: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.

# En dónde encontrar más información

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

- [Aviso sobre el cambio de normas del EPSDT para proveedores del OHP](#)
- [Guía del EPSDT para proveedores del OHP](#)
- [Documento de guía sobre el EPSDT para CCO](#)
- [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.

# Recursos adicionales para proveedores:

- Página web de Herramientas para proveedores del OHP: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Provider-Splash.aspx>
- Verificación de elegibilidad para miembros del OHP: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Eligibility-Verification.aspx>
- Cómo presentar una autorización previa (Guía de PA): <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/pa.aspx>
- Cómo facturar al OHP por los servicios - Presentar reclamaciones: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Billing.aspx>
- Cómo usar el portal web para proveedores de MMIS del OHP: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/webportal.aspx>
- Enlace web para el portal web del proveedor de MMIS: <https://www.or-medicaid.gov>
- Comuníquese con los servicios al proveedor
  - Teléfono: 800-336-6016
    - Para reclamaciones, opción 5, luego opción 1.
    - Para desbloquear y restablecer la contraseña de MMIS, opción 5, luego opción 2.
  - Correo electrónico para preguntas sobre reclamaciones ya presentadas: [DMAP.Providerservices@odhsoha.oregon.gov](mailto:DMAP.Providerservices@odhsoha.oregon.gov)
  - Correo electrónico para presentar reclamaciones para manejo especial: [OHA.FFSOHPCLAIMS@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.FFSOHPCLAIMS@odhsoha.oregon.gov)

# ¡Grabaciones disponibles!

- **Sesión uno: Descripción general del cambio en las normas del EPSDT y su implementación.**
- **Sesión dos: Cómo garantizar el acceso al EPSDT: documentar la necesidad médica, la autorización previa y los procesos relacionados para los pacientes de pago por servicio ([fee-for-service, FFS] o “tarjeta abierta”).**

Visite [Oregon.gov/EPSTD](https://Oregon.gov/EPSTD) para obtener más información.

# 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](mailto: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**