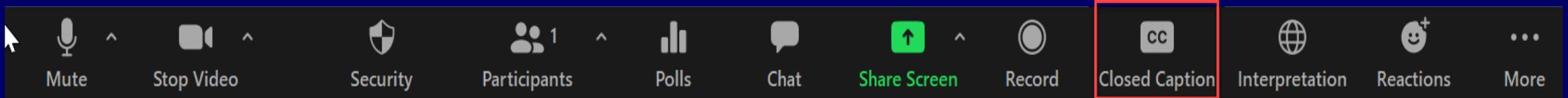

Recordatorio y actualizaciones del proceso de Detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)

Sesión de educación para proveedores
del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP)
4 de diciembre de 2023

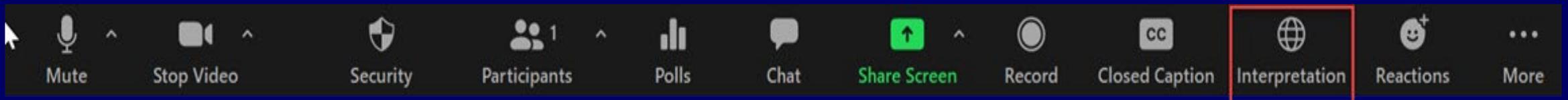


Logística del seminario web

- Esta sesión será grabada.
- Envíe un chat privado o un correo electrónico a Tom Cogswell (thomas.cogswell@oha.oregon.gov) 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 “More” (“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

- Dawn Mautner, MD, MS, director médico del Plan de Salud de Oregon
- Jessica Ickes, MPA, líder del EPSDT/analista de normas infantiles
- Liz Stuart, MPH, directora de proyecto de normas de salud infantil
- Mary Durrant, gerente de Servicios de Datos de Encuentros y Reclamos
- Brenden Magee, RN, BSN, MHA, gerente de la Unidad de Apoyo Clínico para Proveedores

Los titulares

- Los servicios médicamente necesarios y médicamente idóneos para niños y jóvenes hasta 21 años en el OHP ahora están cubiertos, según revisión individual.
- La [guía de proveedores de EPSDT](#) ahora está disponible.
- Se actualizó el MMIS.

Elementos de acción:

- 1. *No asumir que el OHP no cubrirá*** un servicio en virtud de las experiencias pasadas.
- 2. "Por debajo de la línea" ya no se aplica a miembros del OHP menores de 21 años.**
- 3. *Actualizar su información de contacto*** con la OHA y su CCO.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con:

EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov

Política del EPSDT en Oregon

¿Qué es? ¿Qué cambió?

En primer lugar... ¿Qué es el EPSDT?

- La detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) es un beneficio federal que ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a niños menores de 21 años que están inscritos en el Plan de Salud de Oregon (OHP).
- 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** para un niño o joven individual.
- **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](https://oregon.gov/EPSDT)

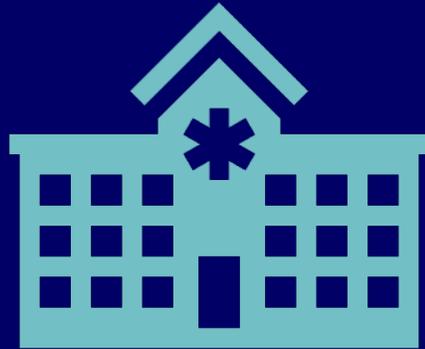
Cobertura ampliada del EPSDT

- La mayoría de los servicios del EPSDT se proporcionan en Oregon hace muchos años.
- Históricamente, para los niños de 1 a 21 años, Oregon no cubría servicios de **tratamiento** que estuvieran “por debajo de la línea” en la Lista de servicios de salud prioritarios.
 - Esto se permitía en virtud de un acuerdo con el gobierno federal.
 - Esta exención no se renovó. A partir del 1.º de enero de 2023, todos los tratamientos médicamente necesarios y adecuados deben cubrirse, independientemente de su posición en la Lista de servicios prioritarios.

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

¿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).



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

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

- Las CCO y la OHA pueden requerir autorización previa para algunos servicios.
 - No pueden exigir autorización previa para servicios de **detección sistemática**.
- Los servicios deben tener un código de diagnóstico y facturación (CPT o HCPCS) correspondiente.
- Los servicios deben ser elegibles para cobertura de Medicaid.
- Las CCO y la OHA pueden requerir el uso de una red preferida de proveedores.
- Medicaid debe ser un buen administrador de recursos y optar por cubrir la opción efectiva menos costosa.

Implementación de las CCO y de tarjeta abierta

La 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.
- **No denegar los servicios sin una revisión individual** de necesidad médica e idoneidad médica (o idoneidad dental) a los miembros del OHP menores de 21 años.
- Respetar una definición de necesidad médica e idoneidad médica que no sea más restrictiva que la que figura en la Norma administrativa de Oregon Capítulo 410, División 151 (en vigencia a partir del 1/1/2024).
- Cumplir el [cronograma de periodicidad de Bright Futures](#).

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

- Procedimientos de autorización previa
- Procedimientos de facturación

Detalles y ejemplos

Los detalles esenciales

Necesidad médica e Idoneidad médica

- A partir del 1.º de enero de 2024, las definiciones de necesidad médica, idoneidad médica e idoneidad dental específicas del EPSDT se encontrarán en las normas administrativas de Oregon, Capítulo 410, División 151.
- Los estados están obligados a proporcionar servicios integrales médicamente idóneos y médicamente necesarios para corregir y **mejorar** afecciones médicas para miembros menores de 21 años.
- Esto incluye los servicios que, en función de las circunstancias particulares del niño, mejoran su capacidad para **crecer, desarrollarse o participar en la escuela**.
- Es probable que los proveedores necesiten enviar información que demuestre la necesidad e idoneidad médicas a la OHA o la CCO para que se cubran los servicios.

Medicamento necesario, pero no medicamento idóneo

- Un medicamento necesario para tratar la afección de una persona, pero que en realidad no es seguro porque tendría una interacción adversa con otro medicamento que está tomando.
- Un niño con un diagnóstico que necesita un medicamento que solo se probó y está aprobado para adultos.
- Solo se emite una receta para un medicamento costoso cuando está disponible un medicamento genérico e idóneo.

Medicamento idóneo, pero no medicamento necesario

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

Ejemplo de caso: Medicamentos para el acné

Antes del cambio de normas del EPSDT:

- Para las afecciones por debajo de la línea de financiación en la Lista de servicios prioritarios, el medicamento para el acné se rechazaría y solo se abordaría mediante el proceso de excepción.

Luego del cambio de normas del EPSDT:

- Cada solicitud debe revisarse individualmente para comprobar la necesidad e idoneidad médicas antes de emitir una denegación.
- Si se determina que la afección es lo suficientemente grave como para afectar la capacidad del paciente para participar plenamente en la escuela, afecta su crecimiento o desarrollo Y proviene de la clase preferida de medicamentos, se puede aprobar.

Ejemplo de caso: Maloclusión incapacitante

Antes del cambio de normas del EPSDT:

- Se rechazaba y se abordaba únicamente mediante el proceso de excepción.

Luego del cambio de normas del EPSDT:

- Se debe revisar individualmente para comprobar la necesidad e idoneidad médicas antes de emitir una denegación.
- Se requieren criterios específicos a los que se puede acceder [aquí](#).

Proceso de revisión de tarjeta abierta

Como aprobar los servicios para miembros de tarjeta abierta

- Se requieren autorizaciones previas para algunos servicios.
- Una **revisión posterior al servicio** es cuando se presenta una reclamación que está por debajo de la línea o no está emparejada y no requería una PA.
- Además, 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 PA.

Cambios en el sistema de información de gestión médica (Medical Management Information System, MMIS) para Pago por Servicio (tarjeta abierta)

- Anteriormente, si un servicio estaba por debajo de la línea de financiación, se producía una denegación automática.
- Ahora, el MMIS se modificó para no enviar denegaciones automáticas para servicios que están por debajo de la línea de financiación para miembros del OHP menores de 21 años.
- Estas reclamaciones ahora se suspenderán para una **revisión posterior al servicio**.
- Se llevará a cabo una revisión técnica y, si es necesario, se enviará a una revisión clínica.
- La [guía de proveedores del EPSDT](#) se actualizó para reflejar estos cambios.

Cómo presentar reclamaciones de tarjeta abierta para revisión posterior al servicio

- A fin de presentar una reclamación para revisión posterior al servicio, los proveedores deben hacer lo siguiente:
 - A. Enviar la reclamación por correo electrónico seguro **con documentación de respaldo** a OHA.FFSOHPClaims@odhsoha.Oregon.gov (este es el método de presentación preferido).
 - B. Enviar por correo (consulte la [guía de proveedores del EPSDT](#) para obtener más detalles).
- Si no envía documentación con su reclamación, la OHA intentará comunicarse para solicitar la documentación.
 - Si no envía la documentación solicitada en un plazo de 14 días, la OHA puede rechazar la reclamación. Puede volver a presentar la reclamación y la documentación necesaria si esto ocurre.

Cómo identificar reclamaciones suspendidas

- Para ver si una reclamación fue suspendida, busque las reclamaciones con un estado “Suspendido” en el portal de proveedores del MMIS en <https://www.or-Medicaid.gov>
- Comuníquese con Servicios para proveedores si necesita ayuda:
 - Cómo acceder al portal para proveedores (1-800-336-6016, opción 5 o team.provider-access@odhsoha.Oregon.gov)
 - Cómo identificar reclamaciones suspendidas (1-800-336-6016, opción 5 o DMAP.ProviderServices@odhsoha.Oregon.gov)

Cómo resolver reclamaciones suspendidas

- Si no envía documentación suficiente con su reclamación, la OHA intentará comunicarse con el proveedor que factura o de referencia para solicitar la documentación.
- Envíe la documentación requerida por fax con una [Portada de EDMS](#) completa, incluido el número de control interno de la reclamación suspendida.
 - Marque la casilla en la portada que dice “Documentación de la reclamación”.
 - Envíe al número de fax que figura al lado de la casilla “Documentación de la reclamación”.
- Si no envía la documentación solicitada en un plazo de 14 días a partir de la solicitud, la OHA puede rechazar la reclamación.
 - En este caso, vuelva a enviar la reclamación con la documentación requerida.
- Para obtener más información, consulte la [guía de proveedores del EPSDT](#)

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

- Hay 11 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:
 - **Dawn Mautner**, MD, MS, director médico del OHP: Certificado por la junta en Medicina Familiar.
 - **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.
 - **Jeff McWilliams**, MD, director médico, Acentra: Certificado por la Junta en Oncología Médica, Hematología, Medicina Interna.
 - **Margaret Cary**, MD, MPH, directora clínica de salud conductual del OHP: Certificada por la junta en Psiquiatría general (adultos) y de niños y adolescentes.

Derechos de los miembros: 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 médicamente necesaria y adecuada 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 miembros y los proveedores?

- Si un miembro o tutor o un proveedor no está de acuerdo con una decisión de denegación, puede apelar la decisión o solicitar una audiencia.
 - 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.

Cómo garantizar el acceso del miembro a los servicios

Si tiene inquietudes sobre el acceso de los miembros 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
- Para miembros de la CCO, llame a la línea de Servicio al cliente para la CCO. El número se encuentra al dorso de la tarjeta del Plan de Salud de Oregon o puede encontrarse en la [Lista de CCO](#)
- Programa Ombuds del OHA OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov
 - Teléfono: 1-877-642-0450 (solo para mensajes)

Recursos para proveedores

Lista de verificación: ¿Qué deben hacer los proveedores?

- **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.
 - ✓ Supervisar los reclamos/las autorizaciones previas y enviar documentación adicional si es necesario.
 - ✓ Revisar la [guía de proveedores del EPSDT \(actualizada\)](#) , [Preguntas frecuentes \(FAQ\) \(actualizado\)](#) y [hoja de datos de miembros](#)
 - ✓ Inscribirse en [Provider Matters](#)
 - ✓ 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

¿Qué deben hacer los proveedores?

Los proveedores de pago por servicio deben hacer lo siguiente:

- ✓ Asegurarse de acceder al portal para proveedores del MMIS (<https://www.or-medicaid.gov>)
 - ✓ Servicios para proveedores al 1-800-336-6016, opción 5 o team.provider-access@odhsoha.oregon.gov
- ✓ Actualizar la información de contacto ante el personal de Inscripción de Proveedores 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).
- ✓ Comunicarse con Servicios para proveedores si tiene preguntas generales acerca de reclamos que se hayan rechazado: DMAP.ProviderServices@odhsoha.oregon.gov

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. Puede encontrar el número de servicios para proveedores de su CCO [aquí](#).

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, próximamente.

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:

- [Guía del EPSDT para proveedores del OHP \(actualizado el 10/25/23\)](#)
- [Hoja de datos del EPSDT para miembros del OHP](#) (disponible en 13 idiomas)
- [Preguntas frecuentes del EPSDT \(actualizado el 11/29/23\)](#)
- [Aviso sobre el cambio de normas del EPSDT para proveedores del OHP](#)
- [Documento de guía sobre el EPSDT para CCO](#)

Todos los documentos de guía del EPSDT y los materiales de comunicación están disponibles en [Oregon.gov/EPSTDT](https://www.oregon.gov/EPSTDT)

Para obtener herramientas adicionales para proveedores del OHP, visite <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Provider-Splash.aspx>

Regulaciones y recursos sobre el EPSDT

- [Norma administrativa de Oregon 410-130-0245](#) Programa de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (se trasladará al Capítulo 410, División 151 de OAR a partir del 1/1/24)
- 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](#)



