



CalOptima Health OneCare Flex Plus نموذج أهلية البقالة

CalOptima Health OneCare Flex Plus Grocery Eligibility Form

يرجى مطالبة مزود الرعاية الخاص بك (طبيب، أو ممرض ممارس، أو مساعد طبيب) بملء هذا النموذج لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة البقالة على بطاقة Flex الخاصة بك. يجب أن تكون مسجلاً بالفعل في CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan الخاص بك، ستقوم CalOptima Health بمعالجة الطلب وإبلاغك بأهليتك في غضون 2 أسبوع.

الخطوة 1: يرجى ملء جميع المعلومات أدناه وزيارة مزود الرعاية الخاص بك (طبيب، أو ممرض ممارس، أو مساعد طبيب) لإكمال الخطوات 2 و3.

Please have your provider (doctor, nurse practitioner or physician assistant) fill out this form to find out if you are eligible for the grocery benefit on your Flex Card. You must already be enrolled in CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal. Once this form is filled out and supporting documents submitted by your provider, CalOptima Health will process the request and inform you of your eligibility within 2 weeks.

Step 1: Please fill out all information below and visit your provider (doctor, nurse practitioner or physician assistant) to complete Steps 2 and 3.

الخطوة 2: اطلب من مزود الرعاية الخاص بك (طبيب، أو ممرض ممارس، أو مساعد طبيب) ملء النموذج وإرساله إلى CalOptima Health.

Step 2: Ask your provider (doctor, nurse practitioner or physician assistant) to fill out the form and submit it to CalOptima Health.

Member Information (please print)		
اسم العائلة/Last Name:	الاسم الاول/First Name:	تاريخ الميلاد/Date of Birth:
Mailing Address: العنوان البريدي	المدينة/City:	الرمز البريدي/ZIP:
الرقم التسلسلي للعميل (CIN)//Client Index # (CIN):	رقم الهاتف/Phone #:	

Provider to complete all sections below.

Provider Information (please print)

Last Name:		First Name:	
Address:		City:	ZIP:
NPI #:	TIN:	Phone #:	
Office Contact:		Visit Date:	

Provider Instructions: Check all conditions that apply. Please complete all required checkboxes and attach any supporting documents such as office visit summary, progress notes or medical history for your patient before submission.

Diagnoses/Conditions:

Patient must have one or more complex chronic condition. Please check all active diagnoses.

<input type="checkbox"/> 1. Chronic alcohol and other drug dependence (F1520, F1920)
<input type="checkbox"/> 2. Autoimmune disorders limited to: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Polyarteritis nodosa (M300)<input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica (M353)<input type="checkbox"/> Polymyositis (M3320)<input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis (M069)<input type="checkbox"/> Systemic lupus erythematosus (M329)
<input type="checkbox"/> 3. Cancer, excluding pre-cancer conditions or in-situ status (C801, C96Z)
<input type="checkbox"/> 4. Cardiovascular disorders limited to: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmias (I499)<input type="checkbox"/> Coronary artery disease (I259)<input type="checkbox"/> Peripheral vascular disease (I739)<input type="checkbox"/> Chronic venous thromboembolic disorder (I8291, I82729)
<input type="checkbox"/> 5. Chronic heart failure (I5022, I5032)
<input type="checkbox"/> 6. Dementia (F0930)
<input type="checkbox"/> 7. Diabetes mellitus (E108, E138, E139)
<input type="checkbox"/> 8. End-stage liver disease (K7210, K7211)
<input type="checkbox"/> 9. End-stage renal disease (ESRD) requiring dialysis (N186)
<input type="checkbox"/> 10. Severe hematologic disorders limited to: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Aplastic anemia (D6109)<input type="checkbox"/> Hemophilia (D68311)<input type="checkbox"/> Immune thrombocytopenic purpura (D693)<input type="checkbox"/> Myelodysplastic syndrome (D469)<input type="checkbox"/> Sickle-cell disease (excluding sickle-cell trait) (D571, D57819)<input type="checkbox"/> Chronic venous thromboembolic disorder (I82509)
<input type="checkbox"/> 11. HIV/AIDS (B20)

Diagnoses/Conditions:

Patient must have one or more complex chronic condition. Please check all active diagnoses.

12. Chronic lung disorders limited to:

- Asthma (J45909)
- Chronic bronchitis (J42)
- Emphysema (J439)
- Pulmonary fibrosis (J8410)
- Pulmonary hypertension (I2720)

13. Chronic and disabling mental health conditions limited to:

- Bipolar disorders (F319)
- Major depressive disorders (F339)
- Paranoid disorder (F600)
- Schizophrenia (F209)
- Schizoaffective disorder (F259)

14. Neurologic disorders limited to:

- Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) (G1221)
- Epilepsy (G40909)
- Extensive paralysis (i.e., hemiplegia, quadriplegia, paraplegia, monoplegia) (G8190)
- Huntington's disease (G10)
- Multiple sclerosis (G35)
- Parkinson's disease (G20)
- Polyneuropathy (G629)
- Spinal stenosis (M4800)
- Stroke-related neurologic deficit (I6930)

15. Stroke (I639)

Risk Level or Care Coordination Needs

Patient is at high risk for hospitalization or adverse health outcomes.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Hospitalizations in past 12 months?	<input type="checkbox"/> Yes Dates:	<input type="checkbox"/> No
ER visits in past 12 months?	<input type="checkbox"/> Yes Dates:	<input type="checkbox"/> No

Patient does not have any of the conditions listed above (not eligible for groceries).

Provider Signature: _____ Date: _____

Step 3: Provider to send completed eligibility form and supporting documents such as office visit summary, progress notes or medical history to CalOptima Health via:

1. CalOptima Health Provider Portal; OR
2. Fax to (714) 246-8579; OR
3. Mail to P.O. Box 11033, Orange, CA 92856

Medicare Advantage هي منظمة CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan و متعاقدة مع Medicare و Medi-Cal. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. تلتزم CalOptima

Health OneCare بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو السن، أو الإعاقة، أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم المجاني-412-877-1(TTY711) 2734، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

تعد مزايا البقالة CalOptima Health OneCare Flex Plus جزءاً من برنامج تكميلي خاص للمرضى المزمنين. ليس كل الأعضاء مؤهلين. لاستخدام ميزة البقالة، يجب أن يكون لدى أعضاء CalOptima Health OneCare Flex Plus حالة مزمنة أو أكثر من الحالات المرضية المصاحبة والمعقدة طبياً والتي تهدد الحياة أو تحد بشكل كبير من الصحة العامة أو الوظيفة للمسجل. تشمل الحالات المؤهلة، على سبيل المثال لا الحصر، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، أو داء السكري، أو قصور القلب المزمن، أو أمراض الرئة المزمنة، أو مرض الكلى في المرحلة النهائية. حتى لو كان العضو يعاني من حالة مزمنة، فلن يحصل العضو بالضرورة على مخصصات البقالة. يعتمد الحصول على مخصصات البقالة على تعرض العضو لخطر كبير للدخول إلى المستشفى أو غير ذلك من النتائج الصحية الضارة والحاجة إلى تنسيق العناية المركزة.