



فرم واجد شرایط بودن برای مزایای خواربار CalOptima Health OneCare Flex Plus

CalOptima Health OneCare Flex Plus Grocery Eligibility Form

لطفاً از ارائه دهنده خود (پزشک، پرستار متخصص یا دستیار پزشک) بخواهید که این فرم را پر کنند تا دریابید که آیا واجد شرایط دریافت مزایای خواربار فروشی از طریق کارت چند منظوره Flex Card خود هستید یا خیر. شما باید در CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan عضویت داشته باشید. پس از پر شدن این فرم و ارائه مدارک پشتیبان توسط ارائه دهنده شما، CalOptima Health درخواست را پردازش می‌کند و ظرف 2 هفته وضعیت واجد شرایط بودن شما را به شما اطلاع می‌دهد.

مرحله 1: لطفاً تمام اطلاعات زیر را پر کنید و برای تکمیل مراحل 2 و 3 به ارائه دهنده خود (پزشک، پرستار یا دستیار پزشک) مراجعه کنید.

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.

مرحله 2: از ارائه دهنده خود (پزشک، پرستار متخصص یا دستیار پزشک) بخواهید فرم را پر کرده و به CalOptima Health ارسال کند.

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

اطلاعات عضو (لطفاً بنویسید)		
Last Name: / تاریخ تولد	First Name: / نام	Date of Birth: / نام خانوادگی
Mailing Address: / آدرس پستی	City: / شهر	ZIP: / کدپستی
Client Index # (CIN): / شماره عضویت	Phone #: / شماره تلفن	

H5433-003_25IRMM010TF_C

SSBCI Eligibility Request Form W ICD10_<F>

MMA 3584 10-08-24 OM

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 یک سازمان است، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما مراجعه کنید www.caloptima.org/OneCare.

مزایای مواد غذایی CalOptima Health OneCare Flex Plus بخشی از یک برنامه مکمل ویژه برای اعضا مبتلا به بیماریهای مزمن است. همه اعضا واجد شرایط نیستند. برای استفاده از مزایای مواد غذایی، اعضای CalOptima Health OneCare Flex Plus باید همزمان یک یا چند بیماری مزمن و پیچیده پزشکی داشته باشند که تهدید کننده زندگی باشد یا سلامت کلی یا عملکرد عضو بیمه را به طور قابل توجهی محدود کند. مشکلات سلامتی که مشمول این خدمات می شوند شامل اختلالات قلبی عروقی، دیابت شیرین یا وابسته به انسولین، نارسایی مزمن قلبی، بیماری مزمن ریوی، یا بیماری کلیوی مرحله نهایی است، اما محدود به این بیماریها نیست. حتی اگر عضو یک بیماری مزمن داشته باشد، عضو لزوماً مزایای خواری را دریافت نخواهد کرد. دریافت مزایای مواد غذایی به این بستگی دارد که عضو در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر پیامدهای نامطلوب سلامتی و نیاز به هماهنگی مراقبت های ویژه باشد.