



Formulario de elegibilidad para el beneficio de alimentos de CalOptima Health OneCare Flex Plus

CalOptima Health OneCare Flex Plus Grocery Eligibility Form

Por favor, pídale a su proveedor (médico, enfermera especialista titulada o médico auxiliar) que llene este formulario para saber si usted es elegible para el beneficio de alimentos indicado en su tarjeta Flex. Ya debe estar inscrito en CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan. Una vez que su proveedor llene y envíe este formulario y los documentos de respaldo, CalOptima Health tramitará la solicitud y le informará de su elegibilidad dentro de 2 semanas.

Paso 1: Llene toda la información a continuación y visite a su proveedor (médico, enfermera especialista titulada o médico auxiliar) para llenar los pasos 2 y 3.

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 Plan. 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.

Paso 2: Pídale a su proveedor (médico, enfermera especialista titulada o médico auxiliar) que llene el formulario y lo envíe a CalOptima Health.

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

Información del miembro <i>(use letra de molde o imprenta)</i>		
Apellido/Last Name:	Nombre/First Name:	Fecha de nacimiento/Date of Birth:
Dirección postal/Mailing Address:	Ciudad/City:	Código postal/ZIP:

N.º de clasificación del cliente/Client Index # (CIN):	N.º de teléfono/Phone #:
--	--------------------------

<i>Provider to complete all sections below.</i>		
Provider Information (please print)		
Last Name:	First Name:	
Address:	City:	ZIP:
NPI #:	TIN:	Phone #:
Office Contact:	Visit Date:	
<p><i>Provider Instructions:</i> 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.</p>		

Diagnoses/Conditions:
<i>Patient must have one or more complex chronic condition. Please check all active diagnoses.</i>
<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. Yes No

Hospitalizations in past 12 months? Yes Dates: No

ER visits in past 12 months? Yes Dates: 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

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health

OneCare depende de la renovación de los contratos. CalOptima Health OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en **www.caloptima.org/OneCare**.

El beneficio de alimentos de CalOptima Health OneCare Flex Plus es parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para utilizar el beneficio de alimentos, los miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus deben tener una o más enfermedades crónicas comórbidas y médicamente complejas que sean potencialmente mortales o que limiten significativamente la salud general o la función del afiliado. Las enfermedades elegibles incluyen, entre otras, trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad pulmonar crónica o enfermedad renal en etapa terminal. Incluso si el miembro tiene una enfermedad crónica, no necesariamente recibirá el beneficio de alimentos. La recepción del beneficio de alimentos depende si el miembro tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud, así como la necesidad de una coordinación intensiva de la atención.