



Mẫu đơn về sự Hội đủ Điều kiện để nhận phúc lợi Thực phẩm của chương trình CalOptima Health OneCare Flex Plus

CalOptima Health OneCare Flex Plus Grocery Eligibility Form

Xin yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ (bác sĩ, y tá có chứng chỉ và được phép kê toa hoặc phụ tá bác sĩ) của quý vị điền vào mẫu đơn này để biết liệu quý vị có hội đủ điều kiện để nhận phúc lợi thực phẩm trên Thẻ Linh Hoạt của quý vị hay không. Quý vị phải được ghi danh vào chương trình CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan. Khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn này và nộp các tài liệu hỗ trợ, CalOptima Health sẽ tiến hành yêu cầu này và thông báo cho quý vị về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị trong vòng 2 tuần.

Bước 1: Xin điền tất cả thông tin ở phần bên dưới và đến khám với nhà cung cấp dịch vụ (bác sĩ, y tá có chứng chỉ và được phép kê toa hoặc phụ tá bác sĩ) của quý vị để hoàn tất Bước 2 và 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. 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.

Bước 2: Yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ (bác sĩ, y tá có chứng chỉ và được phép kê toa hoặc phụ tá bác sĩ) của quý vị điền vào mẫu đơn và nộp mẫu đơn cho 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)			
Họ/Last Name:	Tên/First Name:	Ngày Sinh/Date of Birth:	
Địa chỉ Nhận thư/Mailing Address:		Thành phố/City:	Mã số vùng/ZIP:
Số Chỉ mục Thành viên # (CIN)/Client Index # (CIN):		Số điện thoại/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:	
<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)

Diagnoses/Conditions:

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

10. Severe hematologic disorders limited to:

- Aplastic anemia (D6109)
- Hemophilia (D68311)
- Immune thrombocytopenic purpura (D693)
- Myelodysplastic syndrome (D469)
- Sickle-cell disease (excluding sickle-cell trait) (D571, D57819)
- Chronic venous thromboembolic disorder (I82509)

11. HIV/AIDS (B20)

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, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh gia nhập CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. CalOptima Health OneCare tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/OneCare**.

Phúc lợi thực phẩm của CalOptima Health OneCare Flex Plus là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho bệnh mãn tính. Không phải tất cả các thành viên đều đủ tiêu chuẩn. Để sử dụng phúc lợi thực phẩm, các thành viên CalOptima Health OneCare Flex Plus phải bị một hoặc nhiều bệnh mãn tính đi kèm và phức tạp về mặt y tế, có thể đe dọa đến tính mạng hoặc hạn chế đáng kể sức khỏe hoặc chức năng tổng thể của người ghi danh. Những tình trạng đủ điều kiện bao gồm nhưng không giới hạn ở rối loạn tim mạch, bệnh tiểu đường, suy tim mãn tính, bệnh phổi mãn tính, hoặc bệnh thận giai đoạn cuối. Ngay cả khi thành viên bị bệnh mãn tính thì thành viên đó cũng không nhất thiết sẽ được nhận phúc lợi thực phẩm. Việc nhận phúc lợi thực phẩm tùy thuộc vào việc thành viên có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc có kết quả không tốt khác về sức khỏe và có nhu cầu điều phối y tế chuyên sâu hay không.