



## CalOptima Health OneCare Flex Plus 식료품 자격 양식

## CalOptima Health OneCare Flex Plus Grocery Eligibility Form

귀하의 제공자(의사, 간호사 또는 의사 보조원)에게 이 양식을 작성하여 Flex 카드의 식료품 혜택을 받을 자격이 있는지 확인하십시오. 귀하는 이미 CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 에 가입되어 있어야 합니다. 이 양식을 작성하고 제공자가 지원 서류를 제출하면 CalOptima Health 에서 요청을 처리하고 2 주 이내에 귀하의 자격 여부를 알려드립니다.

**1 단계:** 아래에 있는 모든 정보를 작성한 후 의료 서비스 제공자(의사, 간호사 또는 의사 보조자)를 방문하여 2 단계와 3 단계를 완료하십시오.

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.

**2 단계:** 귀하의 의료 제공자(의사, 간호사 또는 의사 보조자)에게 양식을 작성하여 CalOptima Health 에 제출하도록 요청하십시오.

**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)		
성/Last Name:	이름/First Name:	생년월일/Date of Birth:

우편주소/Mailing Address:	시/City:	우편번호/ZIP:
회원 번호/Client Index # (CIN):	전화번호/Phone #:	

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

<b>Diagnoses/Conditions:</b>	
<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"> <li><input type="checkbox"/> Polyarteritis nodosa (M300)</li> <li><input type="checkbox"/> Polymyalgia rheumatica (M353)</li> <li><input type="checkbox"/> Polymyositis (M3320)</li> <li><input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis (M069)</li> <li><input type="checkbox"/> Systemic lupus erythematosus (M329)</li> </ul>	
<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"> <li><input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmias (I499)</li> <li><input type="checkbox"/> Coronary artery disease (I259)</li> <li><input type="checkbox"/> Peripheral vascular disease (I739)</li> <li><input type="checkbox"/> Chronic venous thromboembolic disorder (I8291, I82729)</li> </ul>	
<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☐ NoHospitalizations in past 12 months? ☐ Yes Dates:☐ NoER 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 (657) 900-1671; OR
3. Mail to P.O. Box 11033, Orange, CA 92856

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오. 저희 웹사이트 **[www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)** 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus 식료품 혜택은 만성 질병 환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원이 자격이 있는 것은 아닙니다. 식료품 혜택을 이용하려면, CalOptima Health OneCare Flex Plus 회원은 생명을 위협하거나 가입자의 전반적인 건강이나 기능을 크게 제한하는 하나 이상의 동반성 및 의학적으로 복잡한 만성 질환이 있어야 합니다. 자격이 있는 질환에는 심혈관 질환, 당뇨병, 만성 심부전, 만성 폐 질환 또는 말기 신장 질환이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 회원이 만성 질환이 있어도 반드시 식료품 혜택을 받는 것은 아닙니다. 식료품 혜택을 받는 것은 회원이 입원 또는 기타 건강 문제에 대한 높은 위험과 집중 치료 조정이 필요한지에 따라 달라집니다.