



فرم واجد شرایط بودن برای مزایای مواد غذایی و خواربار CalOptima Health OneCare Complete

CalOptima Health OneCare Flex Plus Food and Produce Eligibility Form

لطفاً از ارائه دهنده خدمات درمانی 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 OneCare &more Flex Card خود هستید یا خیر. شما باید در طرح CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan ثبت نام کرده باشید. پس از اینکه ارائه دهنده شما این فرم را پر کرد و مدارک مورد نیاز را ارسال کرد، CalOptima Health درخواست را پردازش کرده و ظرف 2 هفته به شما اطلاع می دهد که آیا واجد شرایط هستید یا خیر.

Please have your provider (doctor, nurse practitioner or physician assistant) fill out this form to find out if you are eligible for the food and produce benefit on your OneCare &more Flex Card. You must already be enrolled in CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan. After your provider fills out this form and your provider sends the needed documents, CalOptima Health will process the request and let you know if you are eligible within 2 weeks.

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.

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

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

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.

H5433_26IRMM005aTF_C

2026 OneCare Complete Food and Produce Eligibility Form_f
MMA 4064 07-10-25 OM

CalOptima Health, A Public Agency

Provider to complete all sections below.

Provider Information (please print)

Last Name:		First Name:	
Address:		City:	ZIP Code:
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.			

Diagnoses/Conditions:

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

☐ 1. Chronic alcohol and other drug dependence (G312, F10-F19, excluding F17)
☐ 2. Autoimmune disorders limited to: ☐ Polyarteritis nodosa (M30) ☐ Polymyalgia rheumatica (M353) ☐ Polymyositis (M33) ☐ Rheumatoid arthritis (M05, M06) ☐ Systemic lupus erythematosus (M32)
☐ 3. Cancer, excluding pre-cancer conditions or in-situ status (C00-C96, excluding C12, C13, C27, C28, C29, C35, C36, C42, C59, C87)
☐ 4. Cardiovascular disorders limited to: ☐ Cardiac arrhythmias (I48, I49) ☐ Coronary artery disease (I25) ☐ Peripheral vascular disease (E0851, E0852, E0951, E0952, E1051, E1052, E1151, E1152, E1351, E1352, I700, I701, I7381, I7389, I739, I791, I798) ☐ Chronic venous thromboembolic disorder (I8291, I82729)
☐ 5. Chronic heart failure (I5022, I5023, I5032, I5033, I5042, I5043, I50812, I50813)
☐ 6. Dementia (F01, F02, F03)
☐ 7. Diabetes mellitus (E08, E09, E10, E11, E13)
☐ 8. End-stage liver disease (K703, K704, K711, K717, K721, K729, K743, K744, K745, 746)
☐ 9. End-stage renal disease (ESRD) requiring dialysis (N186)
☐ 10. Severe hematologic disorders limited to: ☐ Aplastic anemia (D61) ☐ Hemophilia (D66, D67, D68) ☐ Immune thrombocytopenic purpura (D693) ☐ Myelodysplastic syndrome (D46) ☐ Sickle-cell disease (excluding sickle-cell trait) (D57) ☐ Chronic venous thromboembolic disorder (I82211, I82221, I82291, I825, I827, I82891, I8291, I82A2, I82B2, I82C2, I825, I827, I82891, I8291, I82A2, I82B2, I82C2)
☐ 11. HIV/AIDS (B20, O987, Z21)

Diagnoses/Conditions:*Patient must have one or more complex chronic conditions. Please check all active diagnoses.*☐ 12. Chronic lung disorders limited to:

- ☐ Asthma (J45)
- ☐ Chronic bronchitis (J41, J42)
- ☐ Emphysema (J43)
- ☐ Pulmonary fibrosis (J841)
- ☐ Pulmonary hypertension (I270, I272)

☐ 13. Chronic and disabling mental health conditions limited to:

- ☐ Bipolar disorders (F31)
- ☐ Major depressive disorders (F33)
- ☐ Paranoid disorder (F600)
- ☐ Schizophrenia (F20)
- ☐ Schizoaffective disorder (F25)

☐ 14. Neurologic disorders limited to:

- ☐ Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) (G1221)
- ☐ Epilepsy (G40)
- ☐ Extensive paralysis (i.e., hemiplegia, quadriplegia, paraplegia, monoplegia) (G81, G82, G83)
- ☐ Huntington's disease (G10)
- ☐ Multiple sclerosis (G35)
- ☐ Parkinson's disease (G20)
- ☐ Polyneuropathy (G61, G62, G63)
- ☐ Spinal stenosis (M480)
- ☐ Stroke-related neurologic deficit (I693)

☐ 15. Stroke (I63)☐ 16. Post-organ transplantation (Z94)☐ 17. Immunodeficiency and immunosuppressive disorders (B20)☐ 18. Conditions associated with cognitive impairment (G20, F01, F02, F03)☐ 19. Conditions with functional challenges (G1221, G81, G82, G83, G10, G35, I693)☐ 20. Chronic conditions that impair vision, hearing (deafness), taste, touch and smell (H9190, H9193, H913)☐ 21. Conditions that require continued therapy services in order for individuals to maintain or retain functioning (I693, G35, M480, G62, G81, G82, G83, G1221)**Risk Level or Care Coordination Needs**

Patient is at high risk for hospitalization or adverse health outcomes

☐ Yes☐ NoHospitalization in past 12 months? ☐ Yes Dates:☐ NoEmergency room visit in past 12 months? ☐ Yes Dates:☐ No

☐ Patient does not have any of the conditions listed above (not eligible for food and produce)

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

Medicare Advantage یک سازمان CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 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 بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز در 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما در www.caloptima.org/OneCare مراجعه کنید.

مزایای مواد غذایی و خوار و بار CalOptima Health OneCare Complete برای سال 2026 بخشی از یک برنامه مکمل ویژه برای اعضا مبتلا به بیماریهای مزمن است. همه اعضا واجد شرایط نیستند. برای استفاده از مزایای مواد غذایی و خوار و بار، اعضای OneCare Complete 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 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 مواد غذایی و خوار و بار را دریافت نخواهد کرد. دریافت مزایای مواد غذایی و خوار و بار 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. خدمات حمل و نقل به فروشگاه مواد غذایی برای اعضای OneCare Complete در دسترس نیست.

Mastercard Incorporated و بر اساس مجوز Avidia Bank توسط Avidia Bank و بر اساس Mastercard® Prepaid Mastercard & more کارت صادر شده است. استفاده از این کارت منوط به رعایت شرایط و ضوابط مندرج در توافقنامه دارنده کارت است.