



Mẫu đơn Xác định sự Hội đủ Điều kiện để nhận Phúc lợi Thức ăn và Thực phẩm tươi của CalOptima Health OneCare Complete CalOptima Health OneCare Complete Food and Produce 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 thức ăn và thực phẩm tươi trên Thẻ Linh Hoạt OneCare &more™ hay không. Quý vị phải được ghi danh vào chương trình CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan. Sau khi nhà cung cấp dịch vụ của quý vị điền vào mẫu đơn này và nộp các tài liệu cần thiết, CalOptima Health sẽ tiến hành yêu cầu này và cho quý vị biết liệu quý vị có hội đủ điều kiện hay không trong vòng 2 tuần.

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.

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.

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

Thông tin của Thành viên (xin viết hoa) / 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 #:		

H5433_26IRMM005aTV_C

2026 OneCare Complete Food and Produce Eligibility Form_<V>

MMA 4064 07-10-25 OM

CalOptima Health, A Public Agency

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.

<i>Provider to complete all sections below.</i>		
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:
<i>Patient must have one or more complex chronic conditions. Please check all active diagnoses.</i>
☐ 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)

Diagnoses/Conditions:

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

☐ 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)
☐ 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)

☐ 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

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 vào chương trình 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, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính. Xin gọi 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 mua thức ăn và thực phẩm tươi của CalOptima Health OneCare Complete trong năm 2026 là một phần của chương trình bổ sung đặc biệt dành cho người bị bệnh mãn tính. Không phải tất cả các thành viên đều đủ tiêu chuẩn để nhận phúc lợi này. Để sử dụng phúc lợi mua thức ăn và thực phẩm tươi, các thành viên OneCare Complete phải bị một hoặc nhiều bệnh trạng 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 chứng 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 mua thức ăn và thực phẩm tươi. Việc nhận phúc lợi mua thức ăn và thực phẩm tươi 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. Các thành viên OneCare Complete không nhận được dịch vụ đưa đón đến cửa hàng tạp hóa.

Thẻ Mastercard® Trả trước Phúc lợi & more do Ngân hàng Avidia cấp, theo giấy phép từ Tập đoàn Mastercard Incorporated. Việc sử dụng thẻ này tuân theo các điều khoản và điều kiện trong Thỏa thuận của Chủ thẻ.