



Форма определения права на льготу для покупки еды и продовольствия CalOptima Health OneCare Complete Food and Produce Eligibility Form

Пожалуйста, обратитесь к своему поставщику услуг (лечащему врачу, фельдшеру (NP) или помощнику врача), чтобы он заполнил данную форму и помог определить, имеете ли вы право на получение льготы для покупки еды и продовольствия по вашей Flex карте OneCare &more. Вы должны быть уже зарегистрированы в плане CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), а Medicare Medi-Cal Plan. После того, как ваш поставщик услуг заполнит эту форму и предоставит подтверждающие документы, CalOptima Health рассмотрит запрос и в течение 2 недель уведомит вас о том, имеете ли вы право на получение льготы.

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.

Шаг 1: Заполните информацию ниже и обратитесь к своему поставщику услуг (лечащему врачу, фельдшеру (NP) или помощнику врача), чтобы он выполнил шаги 2 и 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.

Информация об участнике <i>(печатными буквами)</i>					
Фамилия/Last Name:		Имя/First Name:		Дата рождения/Date of Birth:	
Почтовый адрес/Mailing Address:			Город/City:		Почтовый индекс/ZIP Code:
Номер участника (CIN)/Client Index # (CIN):			Телефон/Phone #:		

Шаг 2: Попросите своего поставщика услуг (лечащего врача, фельдшера (NP) или помощника врача) заполнить форму и отправить ее в CalOptima Health.

H5433_26IRMM005aTR_C

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

CalOptima Health, A Public Agency

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)
☐ 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: _____

Шаг 3: Поставщик должен отправить заполненную форму определения права на участие и сопроводительные документы, такие как сводка визита в офис, записи о ходе лечения или медицинская история, в CalOptima Health.

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, — это организация Medicare Advantage, работающая по договору с программами Medicare и Medi-Cal. Регистрация в плане CalOptima Health OneCare зависит от продления договора. CalOptima Health OneCare соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. По вопросам обслуживания вы можете обратиться на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health OneCare по телефону **1-877-412-2734** (линия ТТУ: **711**) — круглосуточно и без выходных. Дополнительную информацию также можно найти на нашем веб-сайте: **www.caloptima.org/OneCare**.

В 2026 году льгота CalOptima Health OneCare Complete на покупку еды и продовольствия является частью специальной дополнительной программы для людей с хроническими заболеваниями. Следует учитывать, что эта льгота доступна не для всех. Чтобы воспользоваться льготой на покупку еды и продовольствия, участники плана OneCare Complete должны иметь одно или несколько сопутствующих и сложных с медицинской точки зрения хронических заболеваний, которые представляют угрозу для жизни или значительно ограничивают общее состояние здоровья или функциональные возможности участника. К таким заболеваниям относятся, в частности, сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, хронические заболевания лёгких или терминальная стадия почечной недостаточности. Даже при наличии хронического заболевания, не все участники получают льготу на покупку еды и продовольствия. Получение льготы на покупку еды и продовольствия зависит от того, имеет ли участник высокий риск госпитализации или других неблагоприятных последствий для здоровья, а также от необходимости интенсивной координации лечения. Льгота не включает транспортировку участников OneCare Complete до продуктового магазина.

Предоплаченная карта льгот Mastercard® &more выпускается банком Avidia Bank на основании лицензии Mastercard Incorporated. Использование этой карты регулируется условиями Соглашения с держателем карты.