



نموذج الأهلية للأغذية والمنتجات الزراعية من CalOptima Health OneCare Complete CalOptima Health OneCare Complete Food and Produce Eligibility Form

يرجى مطالبة مزود الرعاية الخاص بك (طبيب، ممرض ممارس أو مساعد طبيب) بملء هذا النموذج لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الغذاء والمنتجات الزراعية على بطاقة OneCare &moreTM المرنة. يجب أن تكون مسجلاً بالفعل في CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan الخاص بك هذا النموذج ويرسل مزود الرعاية الخاص بك المستندات المطلوبة، ستقوم CalOptima Health بمعالجة الطلب وإعلامك إذا كنت مؤهلاً خلال 2 أسبوع.

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 &moreTM (flex card). You must already be enrolled in CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan. 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.

الخطوة 1: يرجى ملء جميع المعلومات أدناه وزيارة مزود الرعاية الخاص بك (طبيب، أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب) لإكمال الخطوات 2 و 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.

معلومات العضو (يرجى الكتابة)			
اسم العائلة:	الاسم الأول:	تاريخ الميلاد:	
عنوان المراسلة:	المدينة:	الرمز البريدي:	
رقم مؤشر العميل (Client Index, CIN):	رقم الهاتف:		

الخطوة 2: اطلب من مزود الرعاية الخاص بك (طبيب، ممرض ممارس أو مساعد طبيب) ملء النموذج وإرساله إلى CalOptima Health.

Step 2: Ask your provider (doctor, nurse practitioner or physician assistant) to fill out the form and submit it to CalOptima Health.

H5433_26IRMM005aTA_C

2026 OneCare Complete Food and Produce Eligibility Form_A
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:
NPI #:	TIN:	Phone #:	
Office Contact:		Visit Date:	

Provider Instructions: 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☐ 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 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 منظمة CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan ذات عقد مع Medicare و Medi-Cal. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. تمتلك CalOptima Health لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم (TTY) 1--877--412--2734 (711) مجاناً، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

تُعد مزايا عام 2026 من CalOptima Health OneCare Complete للأغذية والمنتجات الزراعية جزءاً من برنامج تكميلي خاص للمرضى المزمنين. ليس كل الأعضاء مؤهلين. لاستخدام ميزة البقالة والمنتجات الزراعية، يجب أن يكون لدى أعضاء OneCare Complete واحد أو أكثر من الحالات المرضية المصاحبة والمعقدة طبيًا والتي تهدد الحياة أو تحد بشكل كبير من الصحة العامة أو وظيفة المسجل. تشمل الحالات المؤهلة، على سبيل المثال لا الحصر، اضطرابات القلب والأوعية الدموية، أو داء السكري، أو قصور القلب المزمن، أو أمراض الرئة المزمنة، أو مرض الكلى في المرحلة النهائية. حتى لو كان العضو يعاني من حالة مزمنة، فلن يحصل العضو بالضرورة على ميزة البقالة والمنتجات الزراعية. يعتمد الحصول على مخصصات البقالة والمنتجات الزراعية على تعرض العضو لاحتمال كبير للرقود في المستشفى أو غير ذلك من النتائج الصحية الضارة والحاجة إلى تنسيق العناية المركزة. النقل إلى محل البقالة غير متاح لأعضاء OneCare Complete.

يتم إصدار بطاقة *Mastercard® &more Benefits Prepaid Mastercard* من قبل *Avidia Bank*، بموجب ترخيص من *Mastercard Incorporated*. يخضع استخدام هذه البطاقة لشروط وأحكام اتفاقية حامل البطاقة.

