

A partir del 1 de enero de 2021, se realizará el siguiente cambio en el beneficio de comidas después del alta de algunos planes Medicare Advantage de Healthfirst. El beneficio brinda a los miembros elegibles comidas nutritivas después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada.

Para el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst (HMO), el Plan 65 Plus (HMO), el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO D-SNP) y Signature (HMO) de Healthfirst, el beneficio aumentará a tres (3) comidas por día (84 comidas en total) en un período de 28 días para miembros elegibles después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada de más de dos (2) días.

Para el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst (HMO), el beneficio seguirá siendo de tres (3) comidas por día (42 comidas en total) en un período de 14 días para miembros elegibles después de una hospitalización o una estadía de más de dos (2) días.

Cómo solicitar este beneficio:

Paso 1 | Descargar los formularios

Los miembros que califiquen o sus proveedores de cuidado primario (PCP) pueden descargar los formularios del beneficio de comidas después del alta de los sitios web de Healthfirst:

Sitio web: [HFMedicareMaterials.org](https://www.HFMedicareMaterials.org)

Portal para miembros: [MyHFNY.org](https://www.MyHFNY.org)

Portal para proveedores: [hfproviderportal.org](https://www.hfproviderportal.org)

Paso 2 | Enviar los formularios

NOTA: El PCP debe completar el formulario de solicitud/receta (consulte la página 2) antes de que el miembro pueda recibir este beneficio.

Los miembros pueden llevarle el formulario de solicitud/receta a su PCP para que lo complete en una cita de seguimiento. El PCP revisará y completará el formulario y lo enviará a Mom's Meals. Una vez que Mom's Meals reciba el formulario, solicitarán la autorización del beneficio a Healthfirst.

Proveedores:



Envíe por fax el formulario de solicitud/receta a Mom's Meals al **1-866-942-7873**.



Envíe por correo electrónico el formulario a Mom's Meals a **ctinake@momsmeals.com**.



Si el proveedor tiene dudas sobre cómo llenar el formulario, comunicarse con Mom's Meals al **1-866-224-9485**.

Horario de atención de Mom's Meals:
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. (EST)

Los proveedores también pueden comunicarse con Servicios para proveedores de Healthfirst si tienen preguntas al **1-888-394-4327**.

Miembros:



Si tiene preguntas relacionadas con los beneficios, llame a Servicios a los Miembros de Healthfirst, 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 15 de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 1 de abril al 14 de octubre).

■ **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para el plan de Beneficios Adicionales, el Plan 65 Plus, el Plan Mejor Calidad de Vida y el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst

■ **1-855-771-1081** (TTY 1-888-867-4132) para el plan Signature.

Formulario de solicitud/receta para el beneficio de comidas después del alta

(El proveedor debe completarlo para solicitar el beneficio)

Importante: Las comidas deben solicitarse dentro de los 14 (catorce) días posteriores al alta en el hogar después de una estadía de más de dos (2) días en un hospital (o centro de enfermería especializada, según el plan del miembro).

Información del miembro				
Número de identificación de miembro de Healthfirst			Fecha de nacimiento	
Apellido	Nombre		Inicial	
Dirección	N.º de Apt.	Ciudad	Estado	Cód. postal
Número de teléfono principal () -		Número de teléfono alternativo () -		

Proporcione al paciente mencionado entrega de comidas a domicilio/S5170	
Si no está seguro sobre el plan o la cantidad de unidades no complete esta sección.	
Plan de Beneficios Coordinados (HMO) (42 unidades: tres [3] comidas por día durante 14 días después de una hospitalización o estadía de más de dos [2] días)	Plan Mejor Calidad de Vida (HMO D-SNP), Plan 65 Plus (HMO), Plan de Beneficios Adicionales (HMO), Signature (HMO) (84 unidades: tres [3] comidas por día durante 28 días después de una hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada de más de dos [2] días)
Fecha de alta del paciente (si está disponible)	Código de diagnóstico (ICD10)
Solicitud de dieta	
Bienestar general Baja en sodio Corazón saludable Apoyo para el cáncer Para diabéticos Alimentos en puré Riñón saludable Vegetariana Sin gluten Instrucciones de entrega/Alergias o intolerancias alimenticias/Preferencias culturales: _____	
Firma del proveedor (médico/asistente personal/enfermero especializado)	
Apellido	Inicial Nombre
Dirección	N.º de oficina Ciudad Estado Cód. postal
Número de teléfono	Fecha

Proveedor, consulte la página de instrucciones para obtener información sobre el envío.

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Los planes contienen exclusiones y limitaciones. Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。

請致電1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821)。