

自2021年1月1日起，一些第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃的出院後膳食福利有下列變更。該福利為符合資格會員在醫院住院後或留在專業護理設施後提供營養膳食。

若為第一保健增進福利計劃(管理式保健計劃)(Increased Benefits Plan (HMO))、第一保健加強福利保健計劃(管理式保健計劃)(65 Plus Plan (HMO))、第一保健生活改善計劃(管理式保健計劃—雙重資格特殊需要計劃)(Life Improvement Plan (HMO D-SNP))、特選專享計劃(管理式保健計劃)(Signature (HMO))的會員，對於在醫院住院或留在專業護理設施超過兩(2)天的符合資格會員出院後，該福利將增加為在28天期間每天三(3)餐(總計84餐)

若為第一保健協調福利計劃(管理式保健計劃)(Coordinated Benefits Plan (HMO))的會員，對於在醫院住院超過兩(2)天的符合資格會員出院後，該福利將增加為在14天期間每天三(3)餐(總計42餐)

## 如何申請此項福利：

### 步驟1 | 下載表格

符合資格的會員或其主治醫生(PCP)可透過下列第一保健網站下載出院後膳食福利資料：

網址：[HFMedicareMaterials.org](http://HFMedicareMaterials.org)

會員網站：[MyHFNY.org](http://MyHFNY.org)

服務提供者網站：[hfproviderportal.org](http://hfproviderportal.org)

### 步驟2 | 遞交表格

**請注意：**主治醫生必須填寫申請／處方表(請參閱第2頁)會員才能獲得此福利。

會員能將申請／處方表帶給他們的主治醫生，讓其在跟進預約的時候填寫。主治醫生會審閱和完成表格並送至Mom's Meals。當Mom's Meals收到表格後，他們即會向第一保健申請福利授權。

#### 醫療服務提供者：



傳真申請／處方表至Mom's Meals，  
傳真號碼是**1-866-942-7873**。



將表格電郵至Mom's Meals，電子郵件  
地址是**ctinake@momsmeals.com**。



如果醫療服務提供者有填表相關的  
疑問，請聯絡Mom's Meals，電話  
號碼是**1-866-224-9485**。

Mom's Meals的服務時間：美國東部時間  
上午8時至下午6時

如果醫療服務提供者有任何疑問，也  
可以致電第一保健服務提供者服務部，  
電話號碼是**1-888-394-4327**。

#### 會員：



如有福利相關疑問，請致電第一保健  
會員服務部，服務時間每週七天，每天  
上午8時至晚上8時(10月15日至3月31日)，  
以及週一至週五，上午8時至晚上8時  
(4月1日至10月14日)。

■ **1-888-260-1010**(聽力語言殘障服務專線  
TTY 1-888-542-3821)(增進福利計劃、加  
強福利保健計劃、生活改善計劃和協調  
福利計劃)

■ **1-855-771-1081**(聽力語言殘障服務專線  
TTY 1-888-542-3821)(特選專享計劃)

**重要通知：**(根據會員的計劃，)膳食要求必須在醫院住院(或者專業護理設施)出院後的14(十四)天內提出，並且會員醫院住院(或者留住專業護理設施)超過兩(2)天。

會員資訊				
第一保健會員ID號碼			出生日期	
姓氏	名字		姓名的首字母	
地址	公寓號碼	城市	州	郵遞區號
主要電話號碼( ) -		備用電話號碼( ) -		

請為上述病人提供送餐到府服務／S5170	
若不確定會員的計劃／份數，請將此部份留空。	
協調福利計劃(管理式保健計劃) (Coordinated Benefits Plan (HMO)) (42份——醫院住院超過兩(2)天， 出院後的14天期間每天三(3)餐)	生活改善計劃(管理式保健計劃—雙重資格特殊 需要計劃)(Life Improvement Plan (HMO D-SNP))、 加強福利保健計劃(管理式保健計劃)(65 Plus Plan (HMO))、增進福利計劃(管理式保健計劃) (Increased Benefits Plan(HMO))、特選專享計劃 (管理式保健計劃)(Signature (HMO))(84份——醫院 住院或留住專業護理設施超過兩(2)天，出院後 28天期間每天三(3)餐)
病人出院日期(若可提供)	診斷代碼(ICD10)
膳食要求	
普通健康膳食 低鈉膳食 有益心臟的膳食 癌症支持膳食 有益糖尿病的膳食 糊狀膳食 有益腎臟的膳食 素食 無麩質膳食 遞送說明／食物過敏或不耐受／文化上的偏好： _____	
醫療服務提供者簽名 (MD/PA/NP)	
姓氏	姓名的首字母
名字	
地址	房間號碼
城市	州
郵遞區號	
電話號碼	日期

**醫療服務提供者：**請查看說明頁獲得遞交資訊。

承保由第一保健健康計劃公司(Healthfirst Health Plan, Inc.)提供。計劃含有不予承保和限制事項。第一保健遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。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). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY 1-888-867-4132).