

出院後餐食福利申請表 (Request for Post-Discharge Meals Benefit Form)

必須在住院治療或專業護理設施出院後14天之內提出膳食申請（視會員的計劃而定）。
您的醫生必須提供處方來事前授權。

會員資料				
第一保健會員ID卡號碼			出生日期	
姓氏	名字		姓名首字母	
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 ()		
您是否住院治療或留住專業護理設施 兩(2)天以上？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		出院日期 申請的開始日期 (實際開始日期取決於服務商甚麼時候可以開始送餐。)		
服務/CPT代碼相關描述： 送餐到府/S5170				
送餐說明				
份數 (如果您不確定福利，請留空由第一保健填寫。)				
<input type="checkbox"/> 協調福利計劃Coordinated Benefits Plan(管理式保健計劃)： 42份 <input type="checkbox"/> 生活改善計劃 (管理式保健計劃—特殊需要計劃) Life Improvement Plan (HMO SNP)、加強福利保健計劃65 Plus Plan、增進福利計劃 (管理式保健計劃) Increased Benefits Plan (HMO)，以及特選專享計劃 (管理式保健計劃) Signature (HMO)： 84份				
您是否已在接受送餐到府服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
您是否有個人護理員 (PCA)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		(如果您的答案為「是」，個人護理員 (PCA) 是否為您做飯或準備膳食？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否有持證家庭護理員 (CHHA)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

下一步	
<p>醫療服務提供者：聯絡Mom's Meals並代表會員遞交表格。</p> <p> 電話號碼：1-866-224-9485</p> <p> 傳真號碼：1-866-942-7873</p> <p>服務時間：美東標準時間上午9時至下午6時</p>	<p>會員：</p> <p> 若有第一保健增進福利計劃、第一保健加強福利保健計劃、第一保健加強福利保健計劃65 Plus Plan、第一保健生活改善計劃和第一保健協調福利計劃Coordinated Benefits Plan相關疑問，請致電第一保健會員服務部，電話號碼1-888-260-1010 (聽力語言殘障服務專線 TTY：1-888-542-3821)，或者若有特選專享計劃 (管理式保健計劃) Signature (HMO)福利相關疑問，請致電1-855-771-1081 (聽力語言殘障服務專線 TTY：1-888-542-3821)，服務時間週一至週五，上午8時 - 下午8時(10月15日至3月31日)，以及週一至週五，每天上午8時至晚上8時(4月1日至10月14日)。</p>

承保由第一保健健保計劃公司(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).