

A partir del 1 de enero de 2020, se realizará el siguiente cambio en el beneficio de comidas después del alta de los planes Medicare Advantage de Healthfirst, que les 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, el Plan 65 Plus y el Plan Mejor Calidad de Vida 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, 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 su proveedor de cuidado primario (PCP) pueden descargar los formularios del beneficio de comidas después del alta de los sitios web de Healthfirst:

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

Portal para proveedores: hfproviderportal.org

Paso 2 | Enviar los formularios

Los miembros pueden completar el formulario de solicitud del beneficio de comidas después del alta (consulte la página 2) y llevarle el formulario de receta (consulte la página 3) a su PCP para que lo complete en una cita de seguimiento. El PCP revisará el formulario de solicitud del beneficio de comidas después del alta, completará el formulario de receta y enviará ambos formularios por fax a Mom's Meals.

NOTA: El PCP debe completar el formulario de receta (consulte la página 3) antes de que el miembro pueda recibir este beneficio.

Los proveedores también pueden completar el formulario de solicitud del beneficio de comidas después del alta y el formulario de receta y enviarlos por fax a Mom's Meals al **1-866-942-7873**. Una vez que Mom's Meals reciba los formularios, solicitarán la autorización del beneficio a Healthfirst.

Además, los miembros o su PCP pueden llamar a Mom's Meals directamente al **1-866-224-9485**.

¿Tiene alguna pregunta?

Los miembros pueden llamar a Servicios a los Miembros de Healthfirst al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132), los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. para recibir información sobre el beneficio.

Los proveedores pueden comunicarse con Mom's Meals al **1-866-224-9485** o con Servicios a los Proveedores de Healthfirst al **1-888-394-4327**.




Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Los planes contienen exclusiones y limitaciones.

Healthfirst Medicare Plan, Inc. 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)。

Las comidas deben solicitarse en un plazo de 14 días después de recibir el alta de un hospital o centro de enfermería especializada (según el plan del miembro). Se requiere autorización previa de su médico mediante una receta.

| Información del miembro | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Número de identificación de miembro de Healthfirst | | | Fecha de nacimiento | |
| Apellido | | Nombre | | Inicial |
| Dirección | | Apt. | Ciudad | Estado Cód. postal |
| Número de teléfono principal () | | | Número de teléfono alternativo () | |
| ¿Tuvo una estadía en un hospital o centro de enfermería especializada de más de dos (2) días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Fecha de alta | | |
| | | Fecha de inicio solicitada (La fecha de inicio real se determinará cuando el vendedor pueda comenzar con la entrega de las comidas). | | |
| Descripción de servicios/código CPT: Entrega de comidas a domicilio/S5170 | | | | |
| Cantidad de unidades (Si no está seguro sobre el beneficio, no complete esta sección; Healthfirst lo hará). | | | | |
| <input type="checkbox"/> Plan de Beneficios Coordinados: 42 unidades | | | | |
| <input type="checkbox"/> Plan Mejor Calidad de Vida, Plan 65 Plus y Plan de Beneficios Adicionales: 84 unidades | | | | |
| ¿Ya recibe comidas a domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ¿Tiene un asistente para el cuidado personal (PCA, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si respondió "Sí", ¿su PCA le cocina o prepara las comidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Tiene un asistente certificado para la salud en el hogar (CHHA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Próximos pasos | | | | |
| Proveedores: comuníquense con Mom's Meals y envíen los formularios en nombre del miembro.  Número de teléfono: 1-866-224-9485  Número de fax: 1-866-942-7873 Horario de atención: de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar del este | | Miembros:  si tienen preguntas sobre los beneficios, llamen a Servicios a los Miembros de Healthfirst al 1-888-260-1010 (TTY 1-888-867-4132), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. | | |

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Los planes contienen exclusiones y limitaciones. Healthfirst Medicare Plan, Inc. 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)。

Formulario de receta para el beneficio de comidas después del alta

(El proveedor debe completarlo para solicitar el beneficio)

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

Se solicita que se le proporcione al paciente mencionado anteriormente el servicio de entrega de comidas a domicilio/S5170

Si no está seguro sobre el plan del miembro o la cantidad de unidades, no complete esta sección.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plan de Beneficios Coordinados (42 unidades: tres [3] comidas por día durante 14 días después de una hospitalización o estadía de más de dos [2] días) | <input type="checkbox"/> Plan Mejor Calidad de Vida, Plan 65 Plus, Plan de Beneficios Adicionales (84 unidades: tres [3] comidas por día durante 28 días después de una hospitalización o estadía de más de dos [2] días en un centro de enfermería especializada) |
| Fecha de alta del paciente (si está disponible) | Código de diagnóstico (ICD10/CIE10) |

Solicitud de dieta



Bienestar general
 Baja en sodio
 Para el corazón
 De respaldo para el cáncer
 Para la diabetes
 Alimentos en puré
 Para los riñones
 Vegetariana
 Sin gluten
 Otra: especifique

Firma del proveedor (médico/asistente personal/enfermero especializado)

| | | | | |
|------------------------|---------|--------|--------|-------------|
| Apellido | Inicial | Nombre | | |
| Dirección | Apt. | Ciudad | Estado | Cód. postal |
| Número de teléfono () | | | Fecha | |

Proveedor, envíe este formulario de receta junto con el formulario de solicitud del beneficio de comidas después del alta a:

Mom's Meals

 Número de teléfono: **1-866-224-9485**
 Número de fax: **1-866-942-7873**

Horario de atención: de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar del este

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Los planes contienen exclusiones y limitaciones. Healthfirst Medicare Plan, Inc. 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)。