



## Formulario de certificación médica: Solicitud de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

Complete el Formulario de certificación médica de Alameda Alliance for Health: Solicitud de transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) para solicitar los servicios de NEMT para los miembros de Alliance. El NEMT incluye el transporte en ambulancia, silla de ruedas y camioneta accesible para camillas para los servicios cubiertos que son médicamente necesarios, en especial cuando el paciente no es ambulatorio. Todos los viajes de NEMT incluyen servicio puerta a puerta.

### INSTRUCCIONES

1. Escriba claramente con letra de molde o a máquina en todos los siguientes campos.
2. Complete el formulario y envíelo por fax o un correo electrónico seguro\* a:  
Alameda Alliance for Health  
ATTN: Departamento de Manejo de Casos y Enfermedades – Solicitud de Transporte  
Número de fax: **1.510.747.4130**  
Correo electrónico seguro\*: **DeptCMDM@AlamedaAlliance.org**

\* Si tiene alguna pregunta sobre cómo enviar un correo electrónico seguro, visite [www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org).

**¿Tiene preguntas?** Llame al Departamento de Administración de Casos de Alliance al **1.510.747.4512**.

**Tenga en cuenta:** Solo se requiere un formulario de declaración de certificación médica (Physician Certification Statement, PCS) para NEMT. No se requiere un formulario de PCS para el nivel de servicio de transporte no médico (Non-Medical Transportation, NMT), como taxi o automóvil. Para solicitar y programar servicios de NMT, los miembros de Alliance pueden llamar a la Línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al **1.866.791.4158**.

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Número de ID de miembro de Alliance: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  Dirección  Teléfono celular

### SECCIÓN 2: NECESIDADES DE TRANSPORTE

Solicitud de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) (*seleccione solo un [1] nivel de servicio*):

- Transporte aéreo (información de confirmación adicional necesaria para la aprobación)
- Ambulancia (incluido soporte vital básico [Basic Life Support, BLS], soporte vital avanzado [Advanced Life Support, ALS], transporte de cuidados intensivos [Critical Care Transport, CCT], transporte de cuidados especializados [Specialty Care Transport, SCT], pacientes bariátricos, soporte vital [Life Support, LS] y pacientes que requieren oxígeno no autoadministrado o regulado)
- Camioneta accesible para camillas/con camilla (para pacientes postrados en cama, incluidos pacientes bariátricos)
- Camioneta accesible para sillas de ruedas (incluidos pacientes bariátricos)

## SECCIÓN 2: NECESIDADES DE TRANSPORTE (continuación)

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Duración:

- 3 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses (duración máxima)**
- Otro: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 3: JUSTIFICACIÓN DE LA LIMITACIÓN DE FUNCIONES

Describa las limitaciones físicas y médicas específicas del miembro que le impiden deambular razonablemente sin ayuda o ser transportado por vehículos públicos o privados (*seleccione solo uno (1)*):

- El miembro está recibiendo diálisis
- El miembro tiene debilidad en las piernas, limitaciones de movilidad, o riesgo de sufrir caídas
- El miembro tiene confusión mental grave
- Otro: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN PARA TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA

El proveedor responsable de proporcionar atención al miembro es responsable de determinar la necesidad médica de transporte. Este certificado puede ser completado y firmado por un confusión mental severa, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla, un terapeuta ocupacional, o un proveedor de salud mental o de servicios para trastornos por uso de sustancias que esté empleado o supervisado por el hospital, centro o consultorio médico donde se esté tratando al paciente y que tenga conocimiento de la afección del paciente en el momento de completar este certificado; con excepción de las solicitudes relacionadas con centros de cuidados paliativos o servicios de salud en el hogar, las cuales deben estar firmadas por un MD o DO.

Apellido del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Credencial de proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_