



Form para sa Sertipikasyon ng Doktor – Kahilingan para sa Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon (NEMT)

Pakisagutan ang Form para sa Sertipikasyon ng Doktor – Form ng Kahilingan para sa Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) ng Alameda Alliance for Health (Alliance) para makahiling ng mga serbisyo sa NEMT para sa mga miyembro ng Alliance. Kasama sa NEMT ang transportasyon sa pamamagitan ng ambulansya, wheelchair, at gurney van para sa mga medikal na kinakailangang sinasaklaw na serbisyo, lalo na kapag hindi ambulatory ang pasyente. May door-to-door na serbisyo ang lahat ng biyahe ng NEMT.

MGA TAGUBILIN

1. I-print nang malinaw ang mga sagot mo, o mag-type sa lahat ng field sa ibaba.
2. Sagutan ang form at mag-fax o magpadala ng secure na email* sa:

Alameda Alliance for Health

ATTN: Case and Disease Management Department – Request for Transportation
Numero ng Fax: **1.510.747.4130**

Secure na Email*: **DeptCMDM@AlamedaAlliance.org**

**Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagpapadala ng secure na email, bumisita sa www.alamedaalliance.org.*

May mga tanong? Tumawag sa Departamento para sa Pamamahala ng Kaso ng Alliance sa **1.510.747.4512**.

Tandaan: Para sa NEMT lang kinakailangan ng form ng (Physician Certification Statement, PCS). Hindi kinakailangan ng form ng PCS para sa hindi medikal na transportasyon (Non-Medical Transportation, NMT) na antas ng serbisyo, gaya ng taxi o sasakyan. Para humiling at magpaikedyul ng mga serbisyo sa NMT, puwedeng tumawag ang mga miyembro ng Alliance sa Mga Serbisyo sa Transportasyon ng Alliance nang toll-free sa **1.866.791.4158**.

SEKSYON 1: IMPORMASYON NG MIYEMBRO

Apelyido: _____	Pangalan: _____
Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY): ____	Numero ng ID ng Miyembro ng Alliance: ____
Numero ng Telepono: _____	<input type="checkbox"/> Tirahan <input type="checkbox"/> Cell

SEKSYON 2: MGA PANGANGAILANGAN SA TRANSPORTASYON

Kahilingan para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (NEMT) (*isang (1) antas ng serbisyo lang ang piliin*):

- Transportasyon sa himpapawid (kailangan ng karagdagang pagkumpirma ng impormasyon para sa pag-apruba)
- Ambulansya (kasama ang BLS, ALS, CCT, SCT, mga bariatric na pasyente, LS, at pasyenteng nangangailangan ng oxygen na hindi self-administered o pinapangasiwaan)
- Litter van/gurney van (para sa mga nakaratay na pasyente, kasama ang mga bariatric na pasyente)
- Wheelchair van (kasama ang mga bariatric na pasyente)

SEKSYON 2: MGA PANGANGAILANGAN SA TRANSPORTASYON (ipinagpatuloy)

Petsa ng Pagsisimula: _____

Tagal:

- 3 buwan
- 6 na buwan
- 9 na buwan
- 12 buwan (maximum na tagal)**
- Iba pa: _____

SEKSYON 3: PANGANGATWIRAN NG MGA LIMITASYON SA PAG-FUNCTION

Ilarawan ang mga partikular na limitasyon sa pangangatawan at pag-iisip ng miyembro na nakakahadlang sa kakayahan ng miyembro na makatuwirang maglakad-lakad nang walang tulong o maibiyahе sa pamamagitan ng mga pampubliko o pribadong sasakyan (*isa lang ang piliin (1)*):

- Nagda-dialysis ang miyembro
- Mahina ang mga binti ng miyembro, mayroon siyang mga limitasyon sa paggalaw, o may posibilidad na siya ay matumba
- Nakakaranas ng labis na pagkalito ang miyembro
- Iba pa: _____

SEKSYON 4: SERTIPIKASYON PARA SA HINDI PANG-EMERGENCY NA MEDIKAL NA TRANSPORTASYON

Responsibilidad ng provider na nangangalaga sa miyembro na tukuyin kung medikal na kinakailangan ang pinag-uusapang transportasyon. Ang certificate na ito ay puwedeng kumpletuhin at lagdaan ng isang MD, DO, PA, NP, CNM, physical therapist, speech therapist, occupational therapist, o provider para sa kalusugan ng pag-iisip o disorder sa paggamit ng substance na nagtatrabaho sa o sinusubaybayan ng isang ospital, pasilidad, o tanggapan ng doktor kung saan ginagamot ang pasyente, at na may kaalaman sa kundisyon ng pasyente sa panahon ng pagkumpleto sa certificate na ito, maliban sa mga kahilingang nauugnay sa mga serbisyo sa kalusugan sa hospisyo o tahanan, na dapat lagdaan ng isang MD o DO.

Apelyido ng Provider: _____ Pangalan ng Provider: _____

Kredensyal ng Provider: _____ Numero ng Telepono: _____

Lagda: _____ Petsa: _____