

Mẫu Chứng Nhận của Bác Sĩ – Yêu Cầu Dịch Vụ Đưa Đón Y Tế Không Cấp Cứu (NEMT)

Vui lòng hoàn thành Mẫu Chứng Nhận của Bác Sĩ của Alameda Alliance for Health – Mẫu Yêu Cầu Dịch Vụ Đưa Đón Y Tế Không Cấp Cứu (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) để yêu cầu các dịch vụ NEMT cho các hội viên Alliance. NEMT bao gồm dịch vụ đưa đón bằng xe cứu thương, xe lăn và xe giường nằm cho các dịch vụ được đài thọ, cần thiết về mặt y tế, đặc biệt khi bệnh nhân không đi được. Tất cả các chuyến đi của NEMT đều bao gồm dịch vụ đưa đón tận nhà.

HƯỚNG DẪN

- Vui lòng viết in hoa rõ ràng hoặc nhập thông tin vào tất cả những trường dưới đây.
- Vui lòng hoàn thành mẫu đơn và gửi fax hoặc gửi email bảo mật* tới:

Alameda Alliance for Health

ATTN: Case and Disease Management Department – Request for Transportation

Số Fax: **1.510.747.4130**

Email Bảo Mật*: **DeptCMDM@AlamedaAlliance.org**

*Nếu quý vị có thắc mắc về cách gửi email bảo mật, vui lòng truy cập www.alamedaalliance.org.

Quý vị có thắc mắc? Vui lòng gọi cho Phòng Quản Lý Ca Bệnh của Alliance theo số **1.510.747.4512**.

Xin Lưu Ý: Quý vị chỉ cần mẫu Chứng Nhận của Bác Sĩ (Physician Certification Statement, PCS) để yêu cầu các dịch vụ NEMT. Không bắt buộc phải có mẫu PCS đối với cấp độ dịch vụ đưa đón phi y tế (Non-Medical Transportation, NMT) như taxi hoặc xe hơi. Để yêu cầu và đặt lịch sử dụng các dịch vụ NMT, hội viên của Alliance có thể gọi cho Ban Dịch Vụ Đưa Đón của Alliance theo số điện thoại miễn cước **1.866.791.4158**.

PHẦN 1: THÔNG TIN HỘI VIÊN

Họ: _____ Tên: _____

Ngày Sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): _____ Số ID Hội Viên Alliance: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Điện Thoại Nhà Số Điện Thoại Di Động

PHẦN 2: NHU CẦU ĐƯA ĐÓN

Yêu cầu dịch vụ đưa đón y tế không cấp cứu (NEMT) (vui lòng chỉ chọn một (1) cấp độ dịch vụ):

- Đưa đón hàng không (thông tin xác nhận bổ sung cần thiết để được chấp thuận)
- Xe cứu thương (bao gồm hỗ trợ sinh hoạt cơ bản [Basic Life Support, BLS], hỗ trợ sinh hoạt nâng cao [Advanced Life Support, ALS], đưa đón chăm sóc cấp thiết [Critical Care Transport, CCT], đưa đón chăm sóc đặc biệt [Specialty Care Transport, SCT], bệnh nhân béo phì, dịch vụ hỗ trợ sự sống [Life Support, LS] và bệnh nhân cần thở oxy không thể tự truyền hoặc kiểm soát được)
- Xe tải van có cánh/xe giường nằm (đối với bệnh nhân nằm liệt giường, bao gồm cả bệnh nhân béo phì)
- Xe tải van chở xe lăn (bao gồm cả bệnh nhân béo phì)

PHẦN 2: NHU CẦU ĐƯA ĐÓN (tiếp theo)

Ngày Bắt Đầu: _____

Thời Hạn:

- 3 tháng
 6 tháng
 9 tháng
 12 tháng (mức thời hạn tối đa)
 Khác: _____

PHẦN 3: XÁC MINH SỰ GIỚI HẠN CỦA CHỨC NĂNG

Vui lòng mô tả các hạn chế cụ thể về thể chất và y tế khiến hội viên không thể đi lại như bình thường và không cần hỗ trợ hoặc được đưa đón bằng phương tiện công cộng hoặc tư nhân (vui lòng chỉ chọn một (1)):

- Hội viên là người được chạy thận
 Hội viên bị yếu chân, có khả năng đi lại hạn chế, hoặc có nguy cơ bị ngã
 Hội viên bị rối loạn tâm thần nghiêm trọng
 Khác: _____

PHẦN 4: CHỨNG NHẬN NHU CẦU ĐƯA ĐÓN Y TẾ KHÔNG CẤP CỨU

Nhà cung cấp chịu trách nhiệm cung cấp việc chăm sóc cho hội viên chịu trách nhiệm xác định sự cần thiết về mặt y tế cho việc vận chuyển. Giấy chứng nhận này có thể được hoàn tất và ký tên bởi một Bác sĩ y khoa (Medical Doctor, MD), Bác sĩ tổng quát (Doctor of Osteopathic Medicine, DO), Trợ lý bác sĩ (Physician Assistant, PA), Chuyên viên điều dưỡng (Nurse Practitioner, NP), Y tá hộ sinh được chứng nhận (Certified Nurse Midwife, CNM), chuyên viên trị liệu vật lý, chuyên viên trị liệu ngôn ngữ, chuyên viên trị liệu vận động hoặc nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất, họ được tuyển dụng hoặc được giám sát bởi bệnh viện, cơ sở, hoặc văn phòng bác sĩ nơi bệnh nhân đang được điều trị và họ có hiểu biết về tình trạng của bệnh nhân tại thời điểm hoàn tất giấy chứng nhận này, ngoại trừ các yêu cầu liên quan đến dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc dịch vụ y tế tại gia, mà phải được ký tên bởi một MD hoặc DO.

Họ của Nhà Cung Cấp: _____ Tên của Nhà Cung Cấp: _____

Trình Độ của Nhà Cung Cấp: _____ Số Điện Thoại: _____

Chữ Ký: _____ Ngày: _____