PhilHealth YAKAP Empanelment Slip (Mutual Care Agreement)

Ako si _____,ipinanganak noong _____ at may PhilHealth Identification Number _____. Kinikilala ko na ang **MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE** ay aking napiling maging Primary Care Provider kung saan maaari kong matanggap ang mga benepisyo ng Primary Care Benefit Package ng PhilHealth hanggang ika-31 ng Disyembre ng _____. Akin ring kinikilala ang aking mga kaakibat na responsibilidad bilang isang benepisyaryo ng Primary Care Benefit Package:

1. Siguruhing updated ang nilalamang impormasyon ng aking member sa PhilHealth;
2. Magbigay ng tama at wastong impormasyon sa aking napiling Primary Care Clinic;
3. Aktibong makipagtulungan sa pinagkasunduang care plan;
4. Agarang ipaalam sa Primary Care Clinic ang anumang mahalagang pagbabagong maaaring makaapekto sa kanilang pangangalaga sa akin; at
5. Galangin ang mga protokol at patnubay sa panggagamot na sinusundan ng Primary Care Clinic.

Kami namang **MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE**, na may PhilHealthAccreditation Number **P08034731**, ay kinikilalang si _____ ay nasa ilalim ng aming pangangalaga hanggang ika-31 ng Disyembre ng _____. Bilang kanilang Primary Care Provider, aming ihahatid ang mga kinakailangang niyang serbisyong pangkalusugan alinsunod sa mga patakarang pang-Primary Care Benefit Package ng PhilHealth. Amin ring kinikilala ang mga sumusunod na tungkulin ng isang Primary Care Clinic:

1. Galangin ang mga karapatan ng benepisyaryo kabilang ang ang right to privacy at confidentiality;
2. Aktibong buohin ang isang care plan kasama ang benepisyaryong makikinabang dito;
3. Maghatid ng abot-kamay, napapanahon, at dekalidad na serbisyong pangkalusugan; at
4. Siguruhing natatanggap ng benepisyaryo ang mga nakapaloob sa Primary Care Benefit Package ng PhilHealth ayon sa mga alituntunin sa pagbabayad para dito.

_____
BUONG PANGALAN NG BENEPISYARYO at DATE

MA.QUEENA JOVE Q. SERRANO, MD
_____
NAMUMUNO SA ACCREDITED PC CLINIC at DATE

ELECTRONIC KONSULTA AVAILMENT SLIP (EKAS)

PhilHealth

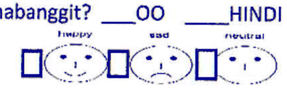
To be filled-out by the facility (Pupunan ng Pasilidad)

HCI NAME: MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE	**Case No:**	**HCI Accreditation No.** P08034731	**Transaction No:**
PIN (Philhealth Identification Number)		**Membership Category**	
Patients Name (Pangalan)			**Age and Contact #:**
Membership Type MEMBER ☐ DEPENDENT ☐		**Authorization Transaction Code (ATC):** _____	

KONSULTA SERVICES	**Performed** ☑ ☒	**Date Performed/ Performed by**
Consultation		
Complete Blood Count (CBC) w/platelet count		
Lipid Profile (Total Cholesterol,Triglycerides, HDL Cholesterol, LDL Cholesterol)		
Fasting Blood Sugar (FBS)		
Oral Glucose Tolerance Test		
Glycosylated Hemoglobin (HbA1c)		
Creatinine		
Chest X-Ray		
Sputum Microscopy		
Electrocardiogram (ECG)		
Urinalysis		
Pap Smear		
Fecalysis		
Fecal Occult Blood Test		

Pupunan ng Pasyente _____

Natangap mo ba ang mga pangunahing serbisyo na nabanggit? ___OO ___HINDI

Gaano ka nasiyahan sa matanggap na serbisyo? 

Para sa iyong komento, mungkahi o reklamo: _____

ELECTRONIC PRESCRIPTION SLIP (EPRESS)

PhilHealth

To be filled-out by the facility (Pupunan ng Pasilidad)

HCI NAME: MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE	**Case No:**	**HCI Accreditation No.** P08034731	**Transaction No:**
PIN (Philhealth Identification Number)		**Membership Category**	
Patients Name (Pangalan)			
Membership Type MEMBER ☐ DEPENDENT ☐		**Age and Contact #**	

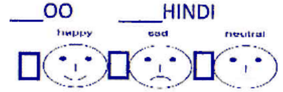
Rx

USE GENERIC NAME

Physician:_____
PRC License Num:_____
PTR No: _____
S2 No: _____

Pupunan ng Pasyente _____

Natangap mo ba ang mga gamot na nabanggit? ___OO ___HINDI

Nasiyahan kaba sa mga gamot na natanggap mo? 

Para sa iyong komento, mungkahi o reklamo: _____