

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 pangagamot na
sinusundan ng Primary Care
Clinic.

Kami namang **MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE**, na may
PhilHealth Accreditation 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 buihin 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)

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 <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/>		Authorization Transaction Code (ATC):	
KONSULTA SERVICES	Performed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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?

☐ happy ☐ sad ☐ neutral

Para sa iyong komento, mungkahi o reklamo: _____

ELECTRONIC PRESCRIPTION SLIP (EPRESS)

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 <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/>		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?

☐ happy ☐ sad ☐ neutral

Para sa iyong komento, mungkahi o reklamo: _____