



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. Siguruhi ng 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 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 serbisyon 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 buhin 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 BURAUEEN 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 <input type="checkbox"/> <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			
Fecalalysis			
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 iyang komento, mungkahi o reklamo:



ELECTRONIC PRESCRIPTION SLIP (EPRESS)

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

HCI NAME: <u>MUNICIPAL</u> <u>HEALTH OFFICE BURAUEEN LEYTE</u>	Case No:	HCI Accreditation No. P08034731	Transaction No:
PIN (Philhealth Identification Number)		Membership Category	
Patients Name (Pangalan)			
Membership Type MEMBER <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/>		Age and Contact #	



USE GENERIC NAME

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

Pupunan ng Pasyente

Natangap mo ba ang mga gamot na nabanggit?
Nasiyahan kaba sa mga gamot na natanggap mo?

___ OO ___ HINDI

happy sad neutral

☐ ☒ ☐ ☐ ☐

Para sa iyang komento, mungkahi o reklamo: