PhilHealth YAKAP Empanelment Slip (Mutual Care Agreement)

Ako si EMMANUEL B SANTOS ,ipinanganak noong 08-31-1997 at may PhilHealth Identification Number 12-132456789-3 . 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 2026 . 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 EMMANUEL B SANTOS ay nasa ilalim ng aming pangangalaga hanggang ika-31 ng Disyembre ng 2026 . 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.

EMMANUEL B SANTOS 02/18/2026
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) 12-132456789-3		Membership Category	
Patients Name (Pangalan) EMMANUEL B SANTOS		Age and Contact #: 28	
Membership Type MEMBER ✔ DEPENDENT ☐		Authorization Transaction Code (ATC):	

KONSULTA SERVICES	Performed ☑ ☒	Date Performed/ Performed by
Consultation	✔	02/18/2026
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)

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) 12-132456789-3		Membership Category	
Patients Name (Pangalan) EMMANUEL B SANTOS			
Membership Type MEMBER ✔ DEPENDENT ☐		Age and Contact # 28	

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: _____