

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 benepisyong 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 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 patakaran 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 and confidentiality;
2. Aktibong buohin ang isang care plan kasama ang benepisyaryong makikinabang dito;
3. Maghatid ng abot-kamay, napapanahon, at dekalidad na serbisyon 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 checked="" 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

Natanggap 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)



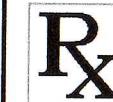
To be filled-out by the facility (Pupunan ng Pasilidad)

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 <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/>	Age and Contact #
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------



USE GENERIC NAME

Physician: _____

PRC License Num: _____

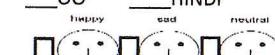
PTR No: _____

S2 No: _____

Pupunan ng Pasyente

Natanggap mo ba ang mga gamot na nabanggit? OO HINDI

Nasiyahan kaba sa mga gamot na natanggap mo?



Para sa iyong komento, mungkahi o reklamo: _____