

# 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 ☐ DEPENDENT ☐  
**Authorization Transaction Code (ATC):** \_\_\_\_\_

**KONSULTA SERVICES**

	Performed <input type="checkbox"/>	Date <input type="checkbox"/>
Consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complete Blood Count (CBC) w/platelet count	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipid Profile (Total Cholesterol, Triglycerides, HDL Cholesterol, LDL Cholesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasting Blood Sugar (FBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral Glucose Tolerance Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glycosylated Hemoglobin (HbA1c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest X-Ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sputum Microscopy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electrocardiogram (ECG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinalysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pap Smear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecalalysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecal Occult Blood Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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)



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 ☐  
**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? ☐ OO ☐ HINDI  
Nasiyahan kaba sa mga gamot na natanggap mo?



Para sa iyong komento, mungkahi o reklamo: \_\_\_\_\_