

**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)

<b>HCI NAME:</b> <u>MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE</u>	<b>Case No:</b> _____	<b>HCI Accreditation No.</b> <u>P08034731</u>	<b>Transaction No:</b> _____
---	-----------------------	--	------------------------------

<b>PIN (Philhealth Identification Number)</b>	<b>Membership Category</b>
---	----------------------------

<b>Patients Name (Pangalan)</b>	<b>Age and Contact #:</b> _____
---------------------------------	---------------------------------

<b>Membership Type</b> MEMBER <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/>	<b>Authorization Transaction Code (ATC):</b> _____
--	--

**KONSULTA SERVICES**

<b>Performed</b>	<b>Date</b>
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Performed/</b> <b>Performed by</b>

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

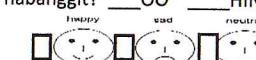
Fecalysis

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)

<b>HCI NAME:</b> <u>MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE</u>	<b>Case No:</b> _____	<b>HCI Accreditation No.</b> <u>P08034731</u>	<b>Transaction No:</b> _____
---	-----------------------	--	------------------------------

<b>PIN (Philhealth Identification Number)</b>	<b>Membership Category</b>
---	----------------------------

**Patients Name (Pangalan)**

<b>Membership Type</b> MEMBER <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/>	<b>Age and Contact #</b>
--	--------------------------

**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: \_\_\_\_\_