

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 <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/>		Authorization Transaction Code (ATC):	
KONSULTA SERVICES	Performed	Date	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 _____

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)

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"/>		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?

☐ happy
 ☐ sad
 ☐ neutral

Para sa iyong komento, mungkahi o reklamo: _____