

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

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: _____