

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 imaging 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 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 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 right to privacy at 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

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 imaging 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 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 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 right to privacy at 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