

**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)

|  |   |  |                        |
|--|---|--|------------------------|
| <b>HCI NAME:</b> MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE                                       | <b>Case No:</b>                                   | <b>HCI Accreditation No.</b><br>P08034731    | <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><br>MEMBER <input type="checkbox"/> DEPENDENT <input type="checkbox"/> |   | <b>Authorization Transaction Code (ATC):</b> |                        |
| <b>KONSULTA SERVICES</b>   | <b>Performed</b>                                  | <b>Date</b>                                  |                        |
|  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Performed/ 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  |   |  |                        |
| Fecalalysis  |   |  |                        |
| 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?


☐  ☐  ☐ 

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> MUNICIPAL HEALTH OFFICE BURAUEN LEYTE                                       | <b>Case No:</b> | <b>HCI Accreditation No.</b><br>P08034731 | <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><br>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** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_