

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
	<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		
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)

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 ☐
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: _____