



Republic of the Philippines
PHILIPPINE HEALTH INSURANCE CORPORATION

Citystate Centre, 709 Shaw Boulevard, Pasig City
 Call Center (02) 441-7442 Trunkline (02) 441-7444
www.philhealth.gov.ph



Numero ng kaso: _____
 Case No.

Annex "B-ME Form"

MEMBER EMPOWERMENT FORM
 Magpaalám, tumulong, at magbigay kapangyarihan
Inform, Support & Empower

Mga Panuto:

Instructions:

Ang dokumentong ito ay nasusulat sa dalawang wika:

This document is written in two languages:

1. Ipaliwanag at tutulong ng kinatawan ng ospital ang pasyente sa pagsasagot ng ME form.
The health care provider shall explain and assist the patient in filling-up the ME form.
2. Isulat nang maayos at malinaw ang mga impormasyon na kinakailangan.
Legibly print all information provided.
3. Para sa mga katanungang nangangailangan ng sagot na "oo" o "hindi", lagyan ng marka (✓) ang angkop na kahon.
For items requiring a "yes" or "no" response, tick appropriately with a check mark (✓).
4. Gumamit ng karagdagang papel kung kinakailangan. Lagyan ito ng kaukulang marka at ilakip ito sa ME form.
Use additional blank sheets if necessary, label properly and attach securely to this ME form.
5. Ang kinontratang ospital na magkakaloob ng dalubhasang pangangalaga sa pagpaparami ng kopya ng ME Form.
The ME form shall be reproduced by the contracted health care institution (HCI) providing specialized care.
6. Tatlong kopya ng ME form ang kailangang ibigay ng kinontratang ospital. Ang mga kopyang nabanggit ay ilalaan para sa pasyente, ospital at PhilHealth.
Triplicate copies of the ME form shall be made available by the contracted HCI—one for the patient; one as file copy of the contracted HCI providing the specialized care and one for PhilHealth.

PANGALAN NG OSPITAL HEALTH CARE INSTITUTION (HCI)
ADRES NG OSPITAL ADDRESS OF HCI

A. Impormasyon ng Miyembro/ Pasyente**A. Member/Patient Information****MIYEMBRO** (kung ang pasyente ay kalipikadong makikinabang) (Apelyido, Pangalan, Panggitnang Apelyido, Karagdagan sa Pangalan)

MEMBER (if patient is a dependent) (Last name, First name, Middle name, Suffix)

NUMERO NG PHILHEALTH ID NG MIYEMBRO - - PERMANENTENG TIRAHAN
PERMANENT ADDRESSPANSAMANTALANG TIRAHAN
TEMPORARY ADDRESS**PASYENTE** (Apelyido, Pangalan, Panggitnang Apelyido, Karagdagan sa Pangalan)

PATIENT (Last name, First name, Middle name, Suffix)

NUMERO NG PHILHEALTH ID NG PASYENTE - -

PHILHEALTH ID NUMBER OF PATIENT

PERMANENTENG TIRAHAN
PERMANENT ADDRESSPANSAMANTALANG TIRAHAN
TEMPORARY ADDRESSPetsa ng Kapanganakan (Buwan/Araw/Taon)
Birthday (mm/dd/yyyy)Edad
AgeKasarian
SexNumero ng Telepono
Telephone NumberNumero ng Cellphone
Mobile NumberEmail Address
Email AddressKategorya bilang Miyembro:
Membership Category: Empleado sa
Employed Sector Gobyerno
Government Pribado
Private May-ari ng Kompanya / Enterprise Owner Kasambahay / Household Help Tagamaneho ng Pamilya/ Family driver Self Employed Filipino Manggagawa sa ibang bansa
Migrant Worker/OFW Informal Sector / May sariling pinagkakakitaan (Halimbawa. Negosyante, Nagmamaneho ng traysikel at taxi, mga propesyonal, artista, at iba pa)*Informal Sector / Self-Earning Individuals (Ex. Business owner/tricycle/taxi drivers/street vendors, entrepreneurs, professionals, artists, etc.)* Filipino na may dalawang pagkamamamayan/ Naturalized Filipino Citizen
Filipino with Dual Citizenship/Naturalized Filipino Citizen Organized Group IGroup Gold Marálitá*Indigent (4Ps/CCT, MCCT)* Inisponsuran*Sponsored* Bayan | LGU Nakatatandang mamamayan | Senior Citizen (RA 10645) Iba pa | Others Habambuhay na kaanib/ Lifetime Member

B. Impormasyong Klinikal**B. Clinical Information**

1. Paglalarawan ng kondisyon ng pasyente <i>Description of condition</i>	
2. Napagkasunduang angkop na plano ng gamutan sa ospital <i>Applicable Treatment Plan agreed upon with healthcare provider</i>	
3. Napagkasunduang angkop na alternatibong plano ng gamutan sa ospital <i>Applicable alternative Treatment Plan agreed upon with health care provider</i>	

C. Talatakdaan ng Gamutan at Kasunod na Konsultasyon**C. Treatment Schedule and Follow-up Visit/s**

1. Petsa ng unang pagkakaospital o konsultasyon ^a (buwan/araw/taon) <i>Date of initial admission to HCI or consult^a (mm/dd/yyyy)</i> ^a For ZMORPH, this refers to the external lower limb pre-prosthesis rehabilitation consult. For PD First, this refers to the date of medical consultation or visit to the PD Provider prior to the start of the first PD exchange. For RF/RHD, this refers to the date of 1 st check-up.	
2. Pansamantalang Petsa ng susunod na pagpapa-ospital o konsultasyon ^b (buwan/araw/taon) <i>Tentative Date/s of succeeding admission to HCI or consult^b (mm/dd/yyyy)</i> ^b For ZMORPH, this refers to the external lower limb measurement, fitting and adjustments For the PD First, this refers to the next visit to the PD Provider. For RF/RHD, this refers to the date of first injection.	
3. Pansamantalang Petsa ng kasunod na pagbisita ^c (buwan/araw/taon) <i>Tentative Date/s of follow-up visit/s^c (mm/dd/yyyy)</i> ^c For ZMORPH, this refers to the external lower limb post-prosthesis rehabilitation consult. For RF/RHD, this refers to the dates of succeeding injections.	Date of succeeding injections

D. Edukasyon ng Miyembro**D. Member Education**

Lagyan ng tsek (✓) ang angkop na sagot o NA kung hindi nauukol <i>Put a check mark (✓) opposite appropriate answer or NA if not applicable.</i>	OO YES	HINDI NO
1. Ipinaliwanag ng kinatawan ng ospital ang uri ng aking karamdaman. <i>My health care provider explained the nature of my condition.</i>		
2. Ipinaliwanag ng kinatawan ng ospital ang mga pagpipiliang paraan ng gamutan/interbensyon ^d <i>My health care provider explained the treatment options/intervention^d.</i>		
3. Ipinaliwanag ng kinatawan ng ospital ang mga posibleng mga epekto/ masamang epekto ng gamutan/ interbensyon. <i>The possible side effects/adverse effects of treatment/intervention were explained to me.</i>		
4. Ipinaliwanag ng kinatawan ng ospital ang kailangang serbisyo para sa gamutan ng aking karamdaman/ interbensyon. <i>My health care provider explained the mandatory services and other services required for the treatment of my condition/intervention.</i>		
5. Lubos akong nasiyahan sa paliwanag na ibinigay ng ospital. <i>I am satisfied with the explanation given to me by my health care provider</i>		
6. Naibigay sa akin nang buo ang impormasyon na ako ay mahusay na aalagaan ng mga dalubhasang doktor sa aking piniling kinontratang ospital ng PhilHealth at kung gustuhin ko mang lumipat ng ospital ay hindi ito maka-aapekto sa aking pagpapagamot. <i>I have been fully informed that I will be cared for by all the pertinent medical and allied specialties, as needed, present in the PhilHealth contracted HCI of my choice and that preferring another contracted HCI for the said specialized care will not affect my treatment in any way.</i>		
7. Ipinaliwanag ng kinatawan ng ospital ang kahalagahan ng pagsunod sa panukalang gamutan/interbensyon. Kasama rito ang pagkompleto ng gamutan/interbensyon sa unang ospital kung saan nasimulan ang aking gamutan/interbensyon. <i>My health care provider explained the importance of adhering to my treatment plan/intervention. This includes completing the course of treatment/intervention in the contracted HCI where my treatment/intervention was initiated.</i> Paalala: Ang hindi pagsunod ng pasyente sa napagkasunduang gamutan/interbensyon sa ospital ay maaaring magresulta sa hindi pagbabayad ng mga kasunod na claims at hindi dapat itong ipasa bilang case rates. <i>Note: Non-adherence of the patient to the agreed treatment plan/intervention in the HCI may result to denial of filed claims for the succeeding tranches and which should not be filed as case rates.</i>		
8. Binigyan ako ng ospital ng talaan ng mga susunod kong pagbisita. <i>My health care provider gave me the schedule/s of my follow-up visit/s.</i>		

D. Edukasyon ng Miyembro**D. Member Education**

Lagyan ng tsek (✓) ang angkop na sagot o NA kung hindi nauukol <i>Put a check mark (✓) opposite appropriate answer or NA if not applicable.</i>	OO YES	HINDI NO
9. Ipinaalam sa akin ng ospital ang impormasyon tungkol sa maaari kong hingan ng tulong pinansiyal o ibang pang suporta, kung kinakailangan. a. Sangay ng pamahalaan (Hal.: PCSO, PMS, LGU, etc.) b. Civil society o non-government organization c. Patient Support Group d. Corporate Foundation e. Iba pa (Hal. Media, Religious Group, Politician, etc.) <i>My health care provider gave me information where to go for financial and other means of support, when needed.</i> a. Government agency (ex. PCSO, PMS, LGU, etc.) b. Civil society or non-government organization c. Patient Support Group d. Corporate Foundation e. Others (ex. Media, Religious Group, Politician, etc.)		
10. Nabigyan ako ng kopya ng listahan ng mga kinontratang ospital para sa karampatang paggagamot ng aking kondisyon o karamdaman. <i>I have been furnished by my health care provider with a list of other contracted HCIs for the specialized care of my condition.</i>		
11. Nabigyan ako ng sapat na kaalaman hinggil sa benepisyo at tuntunin ng PhilHealth sa pagpapa-miyembro at paggamit ng benepisyong naayon sa PhilHealth benefit package: <i>I have been fully informed by my health care provider of the PhilHealth membership policies and benefit availment on the PhilHealth benefit package:</i> a. Kaalipikado ako sa mga itinakdang batayan para sa aking kondisyon/kapansanan. <i>I fulfill all selections criteria for my condition/ disability.</i>		
b. Ipinaliwanag sa akin ang polisiya hinggil sa "No Balance Billing" (NBB) <i>The "no balance billing" (NBB) policy was explained to me.</i> Paalala: Ang polisiya ng NBB ay maaaring makamit ng mga sumusunod na miyembro at kanilang kalipikadong makikinabang kapag na-admit sa ward ng ospital: inisponsuran, maralita, kasambahay, senior citizens at miyembro ng iGroup na may kaukulang Group Policy Contract (GPC) <i>Note: NBB policy is applicable to the following members when admitted in ward accommodation: sponsored, indigent, household help, senior citizens and iGroup members with valid Group Policy Contract (GPC) and their qualified dependents.</i>		
Para sa inisponsuran, maralita, kasambahay, senior citizens at miyembro ng iGroup na may kaukulang Group Policy Contract (GPC) at kanilang kwalipikadong makikinabang, sagutan ang c, d at e. <i>For sponsored, indigent, household help, senior citizens and iGroup members with valid GPC and their qualified dependents, answer c, d and e.</i> c. Nauunawaan ko na sakaling hindi ako gumamit ng NBB ay maaari akong magkaroon ng kaukulang gastos na aking babayaran. <i>I understand that I may choose not to avail of the NBB and may be charged out of pocket expenses</i>		

D. Edukasyon ng Miyembro**D. Member Education**

Lagyan ng tsek (✓) ang angkop na sagot o NA kung hindi nauukol <i>Put a check mark (✓) opposite appropriate answer or NA if not applicable.</i>	OO YES	HINDI NO
<p>d. Sakaling ako ay magpapalipat sa mas magandang kuwarto ayon sa aking kagustuhan, nauunawaan ko na hindi na ako maaaring humiling sa pagamutan para makagamit ng pribilehiyong ibinibigay sa mga pasyente na NBB (kapag NBB, wala nang babayaran pa pagkalabas ng pagamutan) <i>In case I choose to upgrade my room accommodation, I understand that I can no longer demand the hospital to grant me the privilege given to NBB patients (that is, no out of pocket payment upon discharge from the hospital)</i></p> <p>e. Ninanais ko na lumabas sa polisiyang NBB ang PhilHealth at dahil dito, babayaran ko ang anumang halaga na hindi sakop ng benepisyo sa PhilHealth <i>I opt out of the NBB policy of PhilHealth and I am willing to pay on top of my PhilHealth benefits</i></p> <p>f. Pumapayag akong magbayad ng hanggang sa halagang PHP _____* para sa: <i>I agree to pay as much as PHP _____* for the following:</i></p> <p><input type="checkbox"/> anumang karagdagang serbisyo, tukuyin _____ <i>additional services, specify _____</i></p> <p>* Ito ay tinantiyang halaga lamang na gagabay sa pasyente kung magkano ang kanyang babayaran at hindi dapat gawing batayan para sa pagtutuos ng kuwenta ng nagugol na gastusin sa pagkakaospital na babayaran ng PhilHealth. <i>This is an estimated amount that guides the patient on how much the out of pocket may be and should not be a basis for auditing claims reimbursement.</i></p>		
<p>Ang mga sumusunod na katanungan ay para sa mga miyembro ng formal at informal economy at kanilang mga kalipikadong makikinabang <i>The following are applicable to formal and informal economy and their qualified dependents</i></p> <p>g. Naiintindihan ko na maaari akong magkaroon ng babayaran para sa halagang hindi sakop ng benepisyo sa PhilHealth. <i>I understand that there may be an additional payment on top of my PhilHealth benefits.</i></p> <p>h. Pumapayag akong magbayad ng hanggang sa halagang PHP _____* para sa aking gamutan na hindi sakop ng benepisyo ng PhilHealth. <i>I agree to pay as much as PHP _____* as additional payment on top of my PhilHealth benefits.</i></p> <p>* Ito ay tinantiyang halaga lamang na gagabay sa pasyente kung magkano ang kanyang babayaran at hindi dapat gawing batayan para sa pagtutuos ng kuwenta ng nagugol na gastusin sa pagkakaospital na babayaran ng PhilHealth. <i>This is an estimated amount that guides the patient on how much the out of pocket may be and should not be a basis for auditing claims reimbursement.</i></p>		
<p>12. Limang (5) araw lamang ang babawasan mula sa 45 araw na palugit sa benepisyo sa isang taon para sa buong gamutan sa ilalim ng benefit package na ito. <i>Only five (5) days shall be deducted from the 45 confinement days benefit limit per year for the duration of my treatment/intervention under this benefit package.</i></p>		

E. Tungkulin at Responsabilidad ng Miyembro E. Member Roles and Responsibilities		
Lagyan ng (✓) ang angkop na sagot o NA kung hindi nauukol <i>Put a (✓) opposite appropriate answer or NA if not applicable.</i>	OO YES	HINDI NO
1. Nauunawaan ko ang aking tungkulin upang masunod ang nararapat at nakatakda kong gamutan. <i>I understand that I am responsible for adhering to my treatment schedule.</i>		
2. Nauunawaan ko na ang pagsunod sa itinakdang gamutan ay mahalaga tungo sa aking paggaling at pangunahing kailangan upang magamit ko nang buo ang benefit package na ito <i>I understand that adherence to my treatment schedule is important in terms of clinical outcomes and a pre-requisite to the full entitlement of this benefit package.</i>		
3. Nauunawaan ko na tungkulin kong sumunod sa mga polisiya at patakaran ng PhilHealth at ospital upang magamit ang buong benefit package na ito. Kung sakali na hindi ako makasunod sa mga polisiya at patakaran ng PhilHealth at ospital, tinatalikuran ko ang aking pribilehiyong makagamit ng benefit package na ito. <i>I understand that it is my responsibility to follow and comply with all the policies and procedures of PhilHealth and the health care provider in order to avail of this full benefit package. In the event that I fail to comply with policies and procedures of PhilHealth and the health care provider, I waive the privilege of availing this benefit package.</i>		
F. Pangalan, Lagda, Thumb Print at Petsa F. Printed Name, Signature, Thumb Print and Date		
_____ Pangalan at Lagda ng pasyente/parent/guardian:* <i>Printed name and signature of patient*</i> *Para sa mga menor de edad, ang magulang o tagapag-alaga ang pipirma o maglalagay ng thumb print sa ngalan ng pasyente. * For minors, write the printed name and affix the signature of the parent or guardian on behalf of the patient.	Thumb Print (kung hindi makakasulat ang pasyente) (if patient is unable to write)	Petsa (buwan/ araw/ taon)
_____ Pangalan at lagda ng nangangalagang Doktor: <i>Printed name and signature of Attending Doctor</i>		Petsa (buwan/araw/taon) Date (mm/dd/yyyy)
Mga Saksi: <i>Witnesses:</i>		
_____ Pangalan at lagda ng kinatawan ng ospital: <i>Printed name and signature of HCI staff member</i>		Petsa (buwan/araw/taon) Date (mm/dd/yyyy)
_____ Pangalan at lagda ng asawa/ magulang / pinakamalapit na kamag-anak/awtorisadong kinatawan (Bilugan ang relasyon sa pasyente) <i>Printed name and signature of spouse/ parent/ next of kin / authorized guardian or representative</i> <input type="checkbox"/> walang kasama/ no companion		Petsa (buwan/araw/taon) Date (mm/dd/yyyy)

H. Numerong maaaring tawagan sa PhilHealth**H. PhilHealth Contact Details**

Opisinang Panrehiyon ng PhilHealth _____

PhilHealth Regional Office No.

Numero ng telepono _____

Hotline Nos.

I. Pahintulot sa pagsusuri sa talaan ng pasyente

I. Consent to access patient recordJ. Pahintulot na mailagay ang *medical data* sa RF/RHD Registry**J. Consent to enter medical data in the RF/RHD Registry**

Ako ay pumapayag na suriin ng PhilHealth ang aking talaang medikal upang mapatunayan ang katotohanan ng claim na isinumite.

I consent to the examination by PhilHealth of my medical records for the sole purpose of verifying the veracity of the claim submitted.

Ako ay pumapayag na mailagay ang aking impormasyong medikal sa RF/RHD Registry na kailangan sa benefit package na ito.

Pinahihintulutan ko din ang PhilHealth na maipaalam ang aking personal na impormasyong pangkalusugan sa mga kinontratang ospital.

I consent to have my medical data entered electronically in the RF/RHD Registry as a requirement for the this benefit package. I authorize PhilHealth to disclose my personal health information to its contracted partners

Ako ay nagpapatunay na walang pananagutan ang PhilHealth o sinumang opisyal, empleyado o kinatawan mula sa pahintulot na nakasaad sa itaas sapagkat kusang-loob ko itong ibinigay upang makagamit ng benefit packages ng PhilHealth.

I hereby hold PhilHealth or any of its officers, employees and/or representatives free from any and all liabilities relative to the herein-mentioned consent which I have voluntarily and willingly given in connection with the claim/s for reimbursement before PhilHealth.

Buong pangalan at lagda ng pasyente*

*Printed name and signature of patient*** Para sa mga menor de edad, ang magulang o tagapag-alaga ang pipirma o maglalagay ng thumb print sa ngalan ng pasyente.
* For minors, the parent or guardian affixes their signature or thumb print here on behalf of the patient.

Thumb print

(Kung hindi na makasusulat)
(if patient is unable to write)

Petsa (buwan/araw/taon)

Date (mm/dd/yyyy)

Buong pangalan at lagda ng kumakatawan sa pasyente

Printed name and signature of patient's representative walang kasama/ no companion

Petsa (buwan/araw/taon)

Date (mm/dd/yyyy)

Relasyon ng kumakatawan sa pasyente (Lagyan ng tsek ang angkop na kahon)

Relationship of representative to patient (tick appropriate box) asawa
spouse magulang
parent anak
child kapatid
next of kin tagapag-alaga
guardian walang kasama
*no companion***G. Detalye ng Tagapag-ugnay ng PhilHealth para sa RF/RHD outpatient benefit package****G. PhilHealth RF/RHD Coordinator Contact Details**Pangalan ng Tagapag-ugnay ng PhilHealth para sa RF/RHD benefit package na ito na nakatalaga sa ospital
Name of PhilHealth RF/RHD Coordinator assigned at the HCI

Numero ng Telepono

Telephone number

Numero ng CellPhone

Mobile number

Email Address