



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](http://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:**

1. Ipaliwanag at tutulongan 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 magkaloob 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.*
7. **Para sa mga pasyenteng gagamit ng Z Mobility Orthoses Rehabilitation Prosthesis Help (ZMORPH), ukol sa pagpapalit ng artipisyal na ibabang bahagi ng hita at binti, isulat ang N/A sa tala B2, B3 at D6. Para naman sa Peritoneal Dialysis (PD) First Z Benefits, isulat ang N/A para sa tala B2 at B3.**  
*For patients availing of the Z Mobility Orthoses Rehabilitation Prosthesis Help (ZMORPH) for fitting of the external lowerlimb prosthesis, write N/A for items B2, B3 and D6 and for PD First Z Benefits, write N/A for items B2 and B3.*

PANGALAN NG OSPITAL  
HEALTH CARE INSTITUTION (HCI)

ADRES NG OSPITAL  
ADDRESS OF HCI

**A. Impormasyon ng Miyembro/ Pasyente****A. Member/Patient Information**

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

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   -           -  

PHILHEALTH ID NUMBER OF MEMBER

PERMANENTENG TIRAHAN

PERMANENT ADDRESS

Petsa ng Kapanganakan (Buwan/Araw/Taon)  
*Birthday (mm/dd/yyyy)*Edad  
*Age*Kasarian  
*Sex*Numero ng Telepono  
*Telephone Number*Numero ng Cellphone  
*Mobile Number*Email Address  
*Email Address*

Kategorya 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* Filipinong 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 Marálitâ*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 <sup>a</sup> (buwan/araw/taon) <i>Date of initial admission to HCI or consult<sup>a</sup> (mm/dd/yyyy)</i>  <sup>a</sup> Para sa ZMORPH/ mga batang may kapansanan, ito ay tumutukoy sa pagkonsulta para sa rehabilitasyon ng external lower limb pre-prosthesis/ device. Para naman sa PD First, ito ay ang petsa ng konsultasyon o pagdalaw sa PD provider bago magsimula ang unang PD exchange. <sup>a</sup> For ZMORPH/ children with disabilities (CWDs), this refers to the consult prior to the provision of the device and/ or rehabilitation. 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.	
2. Petsa ng susunod na pagpapa-ospital o konsultasyon <sup>b</sup> (buwan/araw/taon) <i>Date/s of succeeding admission to HCI or consult<sup>b</sup> (mm/dd/yyyy)</i>  <sup>b</sup> Para sa ZMORPH/ mga batang may kapansanan, ito ay petsa ng paglalapat at pagsasayos ng device. Para naman sa PD First, ito ay ang kasunod na pagbisita sa PD Provider. <sup>b</sup> For ZMORPH/ CWDs, this refers to the measurement, fitting and adjustments of the device. For the PD First, this refers to the next visit to the PD Provider.	
3. Petsa ng kasunod na pagbisita <sup>c</sup> (buwan/araw/taon) <i>Date/s of follow-up visit/s<sup>c</sup> (mm/dd/yyyy)</i>  <sup>c</sup> Para sa ZMORPH/ mga batang may kapansanan, ito ay tumutukoy sa rehabilitasyon ng external lower limb post-prosthesis. <sup>c</sup> For ZMORPH/ CWD, this refers to the external lower limb post-prosthesis rehabilitation consult.	

**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/ disability.</i>		
2. Ipinaliwanag ng kinatawan ng ospital ang mga pagpipiliang paraan ng gamutan/interbensyon <sup>d</sup> <i>My health care provider explained the treatment options/ intervention<sup>d</sup>.</i>  <sup>d</sup> Para sa ZMORPH, ito ay ukol sa pangangailangan ng pagbibigay at rehabilitasyon para sa pre at post-device. <sup>d</sup> For ZMORPH, this refers to the need for pre- and post-device provision and rehabilitation.		
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-apekto 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>		

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
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>		
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. <i>Government agency (ex. PCSO, PMS, LGU, etc.)</i> b. <i>Civil society or non-government organization</i> c. <i>Patient Support Group</i> d. <i>Corporate Foundation</i> e. <i>Others (ex. Media, Religious Group, Politician, etc.)</i>		
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 benepisyong at tuntunin ng PhilHealth sa pagpapa-miyembro at paggamit ng benepisyong naaayon sa Z benefits: I have been fully informed by my health care provider of the PhilHealth membership policies and benefit availment on the Z Benefits:  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>		
<p><b>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.</b> <b><i>For sponsored, indigent, household help, senior citizens and iGroup members with valid GPC and their qualified dependents, answer c, d and e.</i></b></p> <p>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></p>		

<p>d. Sakaling ako ay pumili ng pribadong doktor o kaya ay nagpalipat 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)</p> <p><i>In case I choose a private doctor or I choose to upgrade my room accomodation, 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. Tinatalikdan ko na ang aking pribilehiyo bilang pasyente na NBB at dahil dito, babayaran ko ang anumang halaga na hindi sakop ng benepisyo sa PhilHealth</p> <p><i>I waive my privilege as an NBB patient and I am willing to pay on top of my PhilHealth benefits</i></p>		
<p><b>Ang mga sumusunod na katanungan ay para sa mga miyembro ng formal at informal economy at kanilang mga kalipikadong makikinabang</b>  <b><i>The following are applicable to formal and informal economy and their qualified dependents</i></b></p>		
<p>f. Naiintindihan ko na maaari akong magkaroon ng babayaran para sa halagang hindi sakop ng benepisyo sa PhilHealth.</p> <p><i>I understand that there may be an additional payment on top of my PhilHealth benefits.</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 Z benefits.</p> <p><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 the Z Benefits.</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
<p>1. Nauunawaan ko ang aking tungkulin upang masunod ang nararapat at nakatakda kong gamutan.</p> <p><i>I understand that I am responsible for adhering to my treatment schedule.</i></p>		
<p>2. Nauunawaan ko na ang pagsunod sa itinakdang gamutan ay mahalaga tungo sa aking paggaling at pangunahing kailangan upang magamit ko nang buo ang Z benefits.</p> <p><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 the Z benefits.</i></p>		
<p>3. Nauunawaan ko na tungkulin kong sumunod sa mga polisiya at patakaran ng PhilHealth at ospital upang magamit ang buong Z benefit package. Kung sakali na hindi ako makasunod sa mga polisiya at patakaran ng PhilHealth at ospital, tinatalikuran ko ang aking pribilehiyong makagamit ng Z benefits.</p> <p><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 the full Z 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 the Z benefits.</i></p>		

**F. Pangalan, Lagda, Thumb Print at Petsa**  
**F. Printed Name, Signature, Thumb Print and Date**

Pangalan at Lagda ng pasyente:* <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, the parent or guardian affixes their signature or thumb print here 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) <i>Date (mm/dd/yyyy)</i>
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) <i>Date (mm/dd/yyyy)</i>
Pangalan at lagda ng asawa/ magulang / pinakamalapit na kamag-anak/awtorisadong kinatawan <i>Printed name and signature of spouse/ parent/ next of kin / authorized guardian or representative</i>		Petsa (buwan/araw/taon) <i>Date (mm/dd/yyyy)</i>

**G. Detalye ng Tagapag-ugnay ng PhilHealth para sa Z benefits**  
**G. PhilHealth Z Coordinator Contact Details**

Pangalan ng Tagapag-ugnay ng PhilHealth para sa Z benefits na nakatalaga sa ospital <i>Name of PhilHealth Z Coordinator assigned at the HCI</i>		
Numero ng Telepono <i>Telephone number</i>	Numero ng CellPhone <i>Mobile number</i>	Email Address

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

Opisang Panrehiyon ng PhilHealth _____ <i>PhilHealth Regional Office No.</i> Numero ng telepono _____ <i>Hotline Nos.</i>
--

I. Pahintulot sa pagsusuri sa talaan ng pasyente  
**I. Consent to access patient record**

J. Pahintulot na mailagay ang *medical data* sa Z benefit information and tracking system (ZBITS)

**J. Consent to enter medical data in the Z benefit information & tracking system (ZBITS)**

Ako ay pumapayag na suriin ng PhilHealth ang aking talaang medikal upang mapatunayan ang katotohanan ng Z-claim

*I consent to the examination by PhilHealth of my medical records for the sole purpose of verifying the veracity of the Z-claim*

Ako ay pumapayag na mailagay ang aking impormasyong medikal sa ZBITS na kailangan sa Z benefits. 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 ZBITS as a requirement for the Z Benefits. 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 Z benefits 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 Z claim 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*

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*