



Dr. Ruth Bernardez-Tan

MEDICAID
CLIENT ACKNOWLEDGEMENT STATEMENT

“I understand that, in the opinion of Ruth Bernardez-Tan, M.D., the services or items that I have requested to be provided to me may not be covered under the Texas Medical Assistance Program as being reasonable and medically necessary for my care. I understand that the Texas Department of Health or its health insuring agent determines the medical necessity of the services or items that I request and receive. I also understand that I am responsible for the payment of the services or items requested and received if these services or items are determined not to be reasonable and medically necessary for my care.”

“Tengo entendido que la Dra. Ruth A. Bernardez-Tan es de opinión que los servicios o items que yo he solicitado tal vez no estén cubiertos por el Texas Medical Assistance Program (Programa de asistencia médica de Texas) porque tal vez no son razonables y necesarios para mi cuidado médico. Entiendo que el Departamento de Salud de Texas a su agente de seguro de la salud determinan la necesidad médica de los servicios o items que yo solicito y recibo. También entiendo que soy responsable de pagar por los servicios o items que solicito y recibo si se determina que estos servicios o items no son razonables y necesarios para mi cuidado médico.”

Patient Signature (Firma del paciente) _____

Date (Fecha) _____

Patient Guardian Signature-if minor _____

(Firma del padre/madre/tutor legal del paciente, si es menor de edad)

Date (Fecha) _____