



Dr. Ruth Bernardez-Tan

INSURANCE CONSENT

INSURANCE BENEFITS/PAYMENTS:

I authorize direct payment of insurance benefits to Rainbow Children's Clinic, P.A. for services rendered to my dependents. I agree to pay any co-payments, deductibles or any balance due that the clinic is unable to collect from my insurance company. I understand that it is my responsibility to pay for the services that I have requested and receive that are not determined to be medically necessary by the physician or insurance company.

BENEFICIOS DEL SEGURO/PAGOS:

Yo autorizo pago directo de las prestaciones del seguro de clínica de niños Rainbow Children's Clinic, P. A. por los servicios prestados a mi cargo. Estoy de acuerdo en pagar cualquier co-pagos, deducibles o cualquier saldo que la clínica no puede recoger de mi compañía de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad por el pago de los servicios que he solicitado y recibir que no se determina que son médicamente necesarios por parte del médico o de una compañía de seguros.

Parent/Guardian Signature

Date