Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Nebraska Department of Health and Human Services

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF N-FOCUS BILLING DOCUMENT DHHS-5-N

Preprinted Information:

- **Office No.:** The Office Number from the Provider Authorization.
- **Office Name:** The name of the office from the Provider Authorization.
- **DHHS Provider ID:** The Provider ID number from the Provider Authorization.
- **Phone No:** The Phone Number of the provider from the Provider Authorization.
- **Provider Name:** The name of the Provider from the Provider Authorization and the provider address.
- **Ln:** This field represents the line number of the billing document.
- **Client Name:** The name of the Authorized Client from the Provider Authorization.
- **Client ID Number:** The Client ID Number from the Provider Authorization.
- **Authorization Number:** The Authorization Number from the Provider Authorization.
- **Service Code:** The Service Code from the Provider Authorization.

Service Provision Fields:

- **Service From Date:** Enter the date service provision began for this billing (month, day, year).
- **Service Thru Date:** Enter the date service provision ended for this billing (month, day, year).
- **Frequency:** Enter the frequency being billed for the client, which is shown under Authorized Units and Rates on the Provider Authorization.
- **Units:** Enter the number of units per frequency actually provided.
- **Rate:** Enter the rate per unit per frequency, which is shown under Authorized Unit and Rates on the Provider Authorization.
- **Total Charge:** Enter the total charge for services provided which equals units provided times rate per unit.
- **Customer Obligation:**
  - ***Child Care Only:*** Enter the family fee from the Provider Authorization. This is the amount the parent/caretaker is responsible for paying per family.
  - ***Personal Assistance Services Only:*** Enter the amount the customer is obligated to pay. This is the amount the individual that you are serving is responsible for paying.
  - ***Developmentally Disabled Community Support Adult Waiver Only:*** Enter the amount the customer is obligated to pay. This is the amount the individual you are serving is responsible for paying.
- **DHHS Charge:** Enter the net charge that equals the Total Charge minus the Customer Obligation.
- **Provider/Preparer Signature:** The signature of the provider or preparer to authorize billing to be submitted for payment.
- **Signature Date:** Enter the date the billing document is signed.
- **Service Approval Signature:** To be signed by the service approval worker of DHHS.
- **Approval Date:** The date the DHHS worker signed for approval.
- **Total DHHS Charge:** Enter the total of all DHHS charges of lines being billed for.

Special Instructions:

If the preprinted information is incorrect, notify your Resource Development Worker. Do not use the pre-print until he/she has made corrections and given you additional direction. If the client number is incorrect or the client has not received services during the billing period, draw a bold line through the client number. Do not use the billing for any other client or alter any of the preprinted information. If there is not a charge for a client on the claim form, leave the line blank. It will appear on our next billing document as long as the client remains eligible to receive services.

Additional claims information is available at: http://dhhs.ne.gov/Pages/fis_claimsprocessing.aspx

Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska

INTRUCCIONES PARA LLENAR EL DOCUMENTO DE PAGO DHHS-5-N DE N-FOCUS

Información Preimpresa:

- **Número de la Oficina:** el número de oficina en la Autorización del Proveedor.
- **Nombre de la Oficina:** el nombre de la oficina en la Autorización del Proveedor.
- **Identificación (ID) del Proveedor del DHHS:** el número de identificación (ID) del proveedor en la Autorización del Proveedor.
- **Número de Teléfono:** el número de teléfono del proveedor en la Autorización del Proveedor.
- **Nombre del Proveedor:** el nombre del proveedor en la Autorización del Proveedor y la dirección del proveedor.
- **NL:** este campo representa el número de línea del documento de pago.
- **Nombre del Cliente:** el nombre del cliente autorizado en la Autorización del Proveedor.
- **Número de Identificación (ID) del Cliente:** el número de identificación (ID) del cliente en la Autorización del Proveedor.
- **Número de Autorización:** el número de autorización en la Autorización del Proveedor.
- **Código de Servicio:** el código de servicio en la Autorización del Proveedor.

Campos de Prestación de Servicios:

- **Servicio a partir de (fecha):** ingrese la fecha en que comenzó la prestación del servicio de esta factura (mes, día, año).
- **Servicio hasta (fecha):** ingrese la fecha en que terminó la prestación del servicio de esta factura (mes, día, año).
- **Frecuencia:** ingrese la frecuencia en que se le está facturando al cliente; la cual se encuentra bajo Unidades y Tarifas Autorizadas en la Autorización del Proveedor.
- **Unidades:** ingrese el número de unidades por frecuencia proporcionadas realmente.
- **Tarifa:** ingrese la tarifa por unidad por frecuencia, la cual se encuentra bajo Unidades y Tarifas Autorizadas en la Autorización del Proveedor.
- **Cargo Total:** el monto total cobrado por los servicios prestados; el cual equivale a las unidades proporcionadas por la tarifa por unidad.
- **Obligación del Cliente:**
  - ***Cuidado Infantil Únicamente:*** ingrese la tarifa de la familia en la Autorización del Proveedor. Esta es la cantidad por la que tiene que responder el padre de familia/cuidador, por familia.
  - ***Servicios de Asistencia Personal Únicamente:*** ingrese la cantidad que el cliente está obligado a pagar. Esta es la cantidad que el individuo al cual usted le presta el servicio es responsable de pagar.
  - ***Apoyo para la Comunidad con Discapacidades del Desarrollo, Exención para Adultos*** Únicamente ingrese la cantidad que el cliente está obligado a pagar. Esta es la cantidad que el individuo al cual usted le presta el servicio es responsable de pagar.
- **Cobro del DHHS:** ingrese el precio neto, el cual equivale al Cargo Total menos la Obligación del Cliente.
- **Firma del Proveedor/Preparador:** la firma del proveedor o preparador autorizando que la factura sea entregada para cobro.
- **Fecha de la Firma:** ingrese la fecha en la que se firma el documento de facturación.
- **Firma de Aprobación del Servicio:** para ser firmada por el trabajador de aprobación de servicios del DHHS.
- **Fecha de Aprobación:** la fecha en que el trabajador del DHHS firmó la aprobación.
- **Cobro Total para el DHHS:** ingrese el total de todos los cobros de líneas que se le están facturando al DHHS.

Instrucciones especiales:

Si la información preimpresa es incorrecta, notifíqueselo a su trabajador de Desarrollo de Recursos (Resource Development Worker). No utilice la información preimpresa hasta que se hagan las correcciones y se le hayan dado instrucciones adicionales. Si el número de cliente es incorrecto o el cliente no ha recibido servicios durante el periodo de facturación, trace una línea gruesa en el número de cliente. No utilice la factura para ningún otro cliente ni altere ninguna información preimpresa. Si no hay un cobro para el cliente en el formulario de reclamación, deje la línea en blanco. Este cobro aparecerá en nuestro documento de facturación siguiente, siempre y cuando el cliente siga siendo elegible para recibir servicios.

Hay información adicional de reclamaciones disponible en: http://www.dhhs.ne.gov/Pages/fis/ClaimsProcessing.aspx .