

SÓLO PARA USO DE

Nombre del Proveedor	# ID del Beneficiario	Fecha
Dirección	Correo electrónico de contacto	
Ciudad/Estado/Código postal	Teléfono de Contacto	
Proveedor(es) Clínica de Asistencia		

Las facturas de las clínicas deben presentarse en un plazo de 60 días a partir de la primera fecha de servicio.

Nombre de la Clínica/Localización	Proveedor Asistente	Fecha Clínica	Cantidad Cobrada

Firma del Proveedor	Fecha	Cantidad Total Adeudada
---------------------	-------	-------------------------

Envíe los documentos de facturación a: Correo electrónico: DHHS.MHCP@nebraska.gov
 Fax: (402) 328-6219
 Correos: Medically Handicapped Children's Program Attn: Payment Reviewer
 PO Box 95026
 Lincoln, NE 68509-5026