



Solo para uso interno
Fecha en que se completó la solicitud

N.º de ID (Duck)

Consentimiento para facturar a Medicaid

Por el presente autorizo a Gateways Community Services a usar o divulgar la información médica que pudiera requerirse para procesar una reclamación para el pago de beneficios. Estos beneficios serán pagaderos a Gateways Community Services.

Nombre del cliente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

N.º de Medicaid: _____

Organización de Administración de Servicios (Managed Care Organization, MCO):

- AmeriHealth Caritas NH NH Healthy Families Wellsense

Firma del solicitante/tutor: _____

144 Canal Street, Nashua, NH 03064 • (603) 882-6333 • Fax (603) 889-5460 • www.gatewayscs.org

Caring for our Community All Day. Every Day. For a Lifetime.

CONSENT TO BILL

Gateways Community Services

V2 8.21.19