## PRUEBA DE REPRESENTACION

Yo, _____(Reclamante / Nombre completo), por la presente informo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que le otorgo a las personas que figuran a continuación la autoridad para representarme y actuar en mi nombre con respecto a mi reclamo, incluida la divulgación de información identificable. información de salud o la resolución de cualquier reclamación de recuperación potencial que Medicare pueda tener en el caso de un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago de dicha reclamación.

**Tipo de Representante Beneficiario de Medicare:**

(X) Persona que no sea un abogado:

ExamWorks Compliance Solutions
1424 North Brown Road, Suite 100
Lawrenceville, Georgia 30043

**Información y Firma del Beneficiario de Medicare / Fecha**

Nombre del beneficiario (escriba exactamente como se muestra en la tarjeta de Medicare):_____

Número de reclamo de seguro de salud del beneficiario (número en la tarjeta de Medicare):_____

Fecha de la enfermedad / lesión: _____

**Firma del beneficiario:** _____Fecha firmada:_____
Reclamante / Nombre completo »

**Firma del Representante:** _____ Fecha firmada: _____

Christie Britt/Senior VP of Operations

Por favor envíe toda la correspondencia a:

ExamWorks Compliance Solutions
1424 North Brown Road, Suite 100
Lawrenceville, Georgia 30043