_____ _____

Injured worker's name / Nombre de la persona lesionada

Claim number / Numero de reclamo

# Medical mileage expense form
# Forma de gastos por distancia recorrida por visitas medica

If you have to travel to get treatment for your work injury, you are entitled to re-payment of your travel costs. The mileage rate is 50.5 cents ($.505) per mile. Mileage for reasonable travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, public transportation and other travel-related costs are also included. Complete this form. Attach receipts. Send the original to the insurance company and keep a copy. **Do not** send the original or a copy to the local Workers' Compensation Appeals Board (WCAB) or the information and assistance officer. If your travel costs are not paid within 45 days, contact the information and assistance officer.

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de $.505 por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peaje, transporte público y otros viajes y costos relacionados estan tambien incluidos. Complete esta forma y adjunte los recibos. Envie la forma original a la compañia de seguros y guarde una copia. **No envie** el original o la copia a la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB). Si sus gastos de viajes no son pagados dentro de 45 dias, llame al oficial de información y asistencia.

| **Date / Fecha** | **Traveled from** (include address) **Viaje desde** (incluya direccion) | **Traveled to** (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) **Viaje a** (incluya nombre y direccion del medico, hospital, terapeuta, etc.) | **Round trip mileage / Millaje viaje redondo** | **Parking / Estacion-amiento** | **Tolls / Peaje** |
|---|---|---|---|---|---|
| Sample: 1/1/08 | Sample: 1515 Maple, San Francisco | Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco | Sample: 14 mi | Sample: $2.50 | Sample: $ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison. | Total miles | | x $.505 / mile = | $ |
| | | | Total parking | $ |
| | | | Total tolls | $ |
| | | | | |
| | | **Total reimbursement requested** | | **$** |

| | | |
|---|---|---|
| Las Leyes de California establecen que la siquiente declaraciónaparezca en este fomulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos or fraudulentos para el pago de una pérdida, sera culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal. | **Signature / Firma** | |
| | **Printed name / Imprima su nombre** | |
| | **Date / Fecha** | |