Injured	now	ke	er'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 54.5 cents (\$.545) 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 60 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 \$.545 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 60 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: 1/1/18	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190	Sample:	Sample:	Sample:
1/1/10	Sali Francisco	Oak, San Francisco	14 mi	\$2.50	\$
			1051 - 1011 - 1011		
	The state of the s				
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		Total miles	0	x \$.545 / mile =	\$ 0.00
					. 0.00
				Total parking	\$ 0.00
	and may be subject to fines ement in state prison.			Total tolls	\$ 0.00
and commi	ement in state prison.				
	)	Г			
			Total reim	bursement requested	\$ 0.00
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					
		Signature / Firma			
pérdida, se	ra culpable de un delito y se le	Printed name / Imprima su nombre			
podría mul	tar y encarcelar en la				
penitenciar I&A milea	ge form (for mileage after 1,	Date / Fecha			

Rev. 12/17