MILEAGE REIMBURSEMENT RATES

(AS OF 01/01 /2017)

•	Through 06/30/97\$.21	Per Mile
•	07/01/97 to 06/30/00\$.24	Per Mile
•	07/01/00 to 09/30/01\$.31	Per Mile
•	10/01/01 to 06/30/06\$.34	Per Mile
•	07/01/06 to 12/31/06\$.445	Per Mile
•	01/01/07 to 12/31/07\$.485	Per Mile
•	01/01/08 to 06/30/08\$.505	Per Mile
•	07/01/08 to 12/31/08\$.585	Per Mile
•	01/01/09 to 12/31/09\$.55	Per Mile
•	01/01/10 to 12/31/10\$.50	Per Mile
•	01/01/11 to 06/30/11\$.51	Per Mile
•	07/01/11 to 12/31/12\$.555	Per Mile
•	01/01/13 to 12/31/13\$.565	Per Mile
•	01/01/14 to 12/31/14\$.56	Per Mile
•	01/01/15 to 12/31/15\$.575	Per Mile
•	01/01/16 to 12/31/16\$.54	Per Mile
•	01/01/17 to Present\$.535	Per Mile

Injured	10W	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 53.5 cents (\$.535) 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 \$.535 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 compañía 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.

	Sample: 1515 Maple, San Francisco	medico, hospital, terapeuta, etc.)	redondo	amiento	Peaje
		Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: \$2.50	Sample:
		2			
	w requires the following to his form: Any person who	Total miles	0	x \$.535 / mile =	\$ 0.00
laim for the	resents a false or fraudulent e payment of a loss is guilty			Total parking	\$ 0.00
of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.				Total tolls	\$ 0.00
		_			
			Total reim	bursement requested	\$ 0.00
Las Leyes de California establecen que la siquiente declaraciónaparezca en este					
abiendas pr	ualquier persona que a resente reclamos falsos or	Signature / Firma			
audulentos érdida, sera	para el pago de una a culpable de un delito y se le	Printed name / Imprima su nombre			
odría multa enitenciaría	r y encarcelar en la	Date / Fecha			

Rev. 12/16