Injured	worl	ker's	name	/
Nombre	de	a pe	rsona	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 cents (\$.54) 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 \$.54 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:	Sample: 1515 Maple,	Sample: Dr. Sherman, 190	Sample:	Sample:	Sample:
1/1/16	San Francisco	Oak, San Francisco	14 mi	\$2.50	\$
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 \$.54 / mile =	\$
				Total parking	\$
				Total tolls	\$
and Comm	iement in state prison.				
			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		Signature / Firma			
		Printed name / Imprima su nombre			
podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.		Date / Fecha			
	age form (for mileage after 1	/1/16)			

Rev. 12/15