Injured worker's name /
Nombre de la persona lesionada

Claim number / Número de reclamo

Medical mileage expense form
Formulario de gastos de viajes para asuntos médicos

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 57.5 cents ($.575) 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 57.5 centavos ($0.575) por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peajes, transporte público y otros viajes y costos relacionados están también incluidos. Complete este formulario y adjunte los recibos. Envíe la forma original a la compañía de seguros y guarde una copia. **No envíe** 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 días, llame al representante de información y asistencia.

Date/ Fecha	**Traveled from** (include address) **Viajó desde** (incluya dirección)	**Traveled to** (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) **Viajó a** (incluya nombre y dirección del médico, hospital, terapeuta, etc.)	**Round trip mileage/ Millas del viaje entero**	**Parking/ Estacionamiento**	**Tolls/ Peajes**
Sample: 1/1/20	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** / *Número de millas viajadas en total*	0	x $.575 / mile =	$ 0.00
			Total parking/*Estacionamiento pagado en total*	$ 0.00
			Total tolls/*Peajes pagados en total*	$ 0.00
		Total reimbursement requested/ *Reembolso solicitado en total*		$ 0.00

Las Leyes de California establecen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos o fraudulentos para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y podría ser sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.	**Signature / Firma**	
	Printed name / Imprima su nombre	
	Date / Fecha	