

Claim number / Numero de reclamo

Medical mileage expense form

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de \$.565 por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peaje, transporte público y otros viajes y costos relacionados están también incluidos. Complete esta forma 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 45 días, llame al oficial de información y asistencia.

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	\$.565 / mile	=		\$
---	---------------	---	--	----

Total parking

Total tolls

Total reimbursement requested	\$
--------------------------------------	-----------

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, será culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.

Signature / Firma

Printed name / Imprima su nombre

Date / Fecha