



Mail to your assigned claims adjuster provided on your claim correspondence or mail to one of these State Fund Claims Processing Centers:

- P.O Box 65005 Pinedale, CA 93650
- P.O BOX 3171 Suisun City, CA 94585

Injured's Name / Nombre de la Persona Lesionada _____

Claim Number / Número de Reclamo _____

Medical Mileage Expense Form Forma de Gastos por Distancia Recorrida por Visitas Médica

You are entitled to reimbursement of medical travel expense incurred because of your industrial injury. Complete this form to request reimbursement of medical travel expense. Mileage rates are different depending on the day you traveled. We will calculate the total due using the miles traveled. Please see example below. **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.**

Please note: Mileage for reasonable travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, and public transportation costs should also be included. Attach receipts and send this form to State Compensation Insurance Fund. Keep a copy for your records.

Rate For Travel / Tarifa Para Viajes	
7/01/2011 - Current/Actual	55.5 cents/centavos
1/01/2011 - 06/30/11	51 cents/centavos
1/01/2010 - 12/31/10	50 cents/centavos
1/01/09 - 12/31/2009	55 cents/centavos
7/01/2008 - 12/31/2008	58.5 cents/centavos
1/01/2008 - 06/30/2008	50.5 cents/centavos
1/01/2007 - 12/31/2007	48.5 cents/centavos
7/01/2006 - 12/31/2006	44.5 cents/centavos
10/01/2001 - 06/30/2006	34 cents/centavos

Usted tiene derecho a recibir reembolso por gastos de viaje por visitas médicas incurridos debido a la lesión sufrida en el trabajo. Llene este formulario para solicitar el reembolso de gastos de viaje médicos. Las tarifas para millaje son diferentes según el día que usted viajó. Vamos a calcular el total adeudado usando las millas que usted viajó. Por favor, vea el ejemplo abajo. **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.**

Por favor de notar: Millaje razonable para viajar a la farmacia, aparcamiento, peajes de puentes, los costos del transporte público también debería incluirse. Adjuntar recibos y envíe este formulario a State Compensation Insurance Fund. Guarde una copia para sus archivos.

Date / Fecha	Traveled from (include address) Viaje desde (incluya dirección)	Traveled to (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) Viaje a (incluya nombre y dirección del medico, hospital, terapeuta, etc.)	Round trip mileage/ Millaje viaje redondo	For State Fund Use:
Example Ejemplo 7/1/11	1515 Maple, San Francisco	Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	14 mi	14 mi x .555 c = \$ 7.77
Total Parking and/or Tolls (attach receipts) Estacionamiento y/o Peaje (incluye recibos)				
Total Public Trans / Other Transporte Público / Otros Total				
SIGNATURE / FIRMA _____ PRINT NAME / IMPRIMA SU NOMBRE _____ DATE / FECHA _____				TOTAL REIMBURSEMENT