

Injured worker'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 56 cents (\$.56) 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 \$.56 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 60 días, 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: 1/1/14	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: \$2.50	Sample: \$
		Total miles		x \$.56 / mile =	\$
				Total parking	\$
				Total tolls	\$
		Total reimbursement requested			\$
		Signature / Firma			
		Printed name / Imprima su nombre			