

**REEMBOLSO POR GASTOS DE VIAJE DE ATENCIÓN MÉDICA
EN CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 72-432 (1), CÓDIGO IDAHO**

Nombre del trabajador lesionado _____ Numero de Reclamo del Portador # _____

Seguro Social _____

Dirección _____

Teléfono # _____ Fecha de la lesión/manifestación _____

Fecha	Proveedor médico	Dirección y ciudad del proveedor	Millas de viaje redondo
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
Menos 15 millas por cada viaje de ida y vuelta			-
Total de millas permitidas *			
Tasa de kilometraje actual **			\$ /milla
Solicitud de reembolso total			\$

1. Utilice este formulario para solicitar el reembolso de los gastos de viaje en que se incurra mientras se realizaba un diagnóstico, tratamiento o cuidado razonable o necesario de una lesión laboral o enfermedad profesional.
2. *Sólo se reembolsará el kilometraje que supere las quince (15) millas para cualquier viaje de ida y vuelta. Sin embargo, debe reportar el kilometraje total para cada viaje de ida y vuelta. Se espera que tome la ruta mas corta y práctica de su viaje.
3. **El reembolso se hará a la tasa de kilometraje permitida por la Junta Estatal de Examinadores para los empleados del Estado. La tarifa actual para este kilometraje está disponible a través de su compañía de seguros, o contactando la Comisión Industrial de Idaho, o visitando <http://www.sco.idaho.gov>.
4. Es importante que presente con prontitud su solicitud de reembolso de gastos de viaje, no debe presentar más que una vez cada treinta (30) días.
5. DEBE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO UNA COPIA DE FACTURA O RECIBO QUE MUESTRE QUE CADA VISITA OCURRIÓ.