
Injured worker's name/

Claim(s) #

Nombre de la persona lesionada

OUT OF POCKET EXPENSE FORM

DATE/ FECHA	DESCRIPTION (Doctor, facility or Prescription name/ La Descripción (Doctor, instalación, o Nombre de Prescripción)	Amount/ Cantidad
		TOTAL:

Please make sure to attach receipts or documentation of your payment. If your out of pocket expenses are not paid within **60 days** please contact our office.

Por favor asegúrese de adjuntar sus recibos o documentación de su pago. Si sus gastos de bolsillo no son pagados dentro 60 días por favor comuníquese con nuestra oficina.