



SF City Option

THE EMPLOYER'S HEALTH CARE CHOICE

醫療保健付款確認

恭喜！您的僱主決定遵守《San Francisco 醫療保健安全條例》(HCSO) 向 SF City Option 支付款項，這樣您就可以獲取以下三項 SF City Option 醫療保健計劃之一：



如果您居住在 San Francisco 之外，或者您透過僱主、配偶、父母、Medi-Cal 或 Medicare 而獲得了醫療保險，那麼您符合 **SF Medical Reimbursement Account (SF MRA)** 的資格要求。

SF MRA 資金可用於合格的醫療保健開支，包括醫療相關、牙科以及視力醫療產品和服務的現金支付費用。



如果您居住在 San Francisco，依照法律要求擁有醫療保險，且醫療保險透過 Covered California 購買，那麼您符合 **SF Covered MRA** 的資格要求。

SF Covered MRA 資金可用於幫助支付醫療保險費和其他合格的醫療保健開支。



如果您沒有醫療保險，不符合 Medi-Cal 或 Medicare 的資格要求，且居住在 San Francisco，那麼您有資格獲取 **Healthy San Francisco** 折扣計劃參與者費用。

Healthy San Francisco 參與者可以獲得 San Francisco 某些醫療保健提供者提供的醫療保健服務。

關於本計劃的更多資訊，請造訪 www.sfcityoption.org

請留意附有歡迎信的郵件

您還沒有註冊登記 SF City Option 醫療保健計劃。SF City Option 將向您郵寄操作指南，告知您開始註冊登記流程需要準備的事宜。

如果您在接下來的幾週沒有收到歡迎信，或者您對該計劃有疑問，請聯絡客戶服務部，電話：**1(415) 615-5720**。

《San Francisco 醫療保健安全條例》(HCSO) 要求您的僱主代表您支付醫療保健開支。
關於 HCSO 的更多資訊，請造訪：<https://sfgov.org/olse/health-care-security-ordinance-hcso>

Este aviso esta disponible en Español en www.sfcityoption.org
這份中文通告可在以下網頁獲得：www.sfcityoption.org
Ang paunawang ito ay magagamit sa Tagalog www.sfcityoption.org

Instructions for Employers:

Fill out the section below and give this notice to the employee after your first payment to SF City Option on the employee's behalf. SF City Option will provide you confirmation of your payment. Give your employees this notice after you receive payment confirmation from SF City Option.

Business Name: _____

Payment Clearance Date: _____