



# SF City Option

THE EMPLOYER'S HEALTH CARE CHOICE

## Confirmación del pago de la atención médica

**¡Felicidades!** Su empleador decidió hacer un pago a SF City Option para cumplir con San Francisco Health Care Security Ordinance (Ordenanza de Seguridad de Atención Médica de San Francisco) (HCSO), de manera que usted pueda tener acceso a uno de los siguientes tres programas de atención médica de City Option:



Si vive fuera de Francisco o si tiene seguro médico a través de un empleador, cónyuge, padre, Medi-Cal o Medicare, usted podría cumplir con los requisitos para una **SF Medical Reimbursement Account (SF MRA)**.

Los fondos en una SF MRA se pueden usar para gastos de atención médica que cumplen con los requisitos, incluyendo los costos de desembolso directo relacionados con productos y servicios médicos, dentales y de la vista.



Si vive en San Francisco, está obligado por la ley a tener un seguro médico y compra un seguro médico a través de Covered California, usted podría cumplir con los requisitos para **SF Covered MRA**.

Los fondos en una SF Covered MRA se pueden usar para el pago de las primas del seguro médico y otros gastos de atención médica que cumplen con los requisitos.



Si usted no tiene seguro, no cumple con los requisitos para Medi-Cal o Medicare, y vive en San Francisco, usted podría cumplir con los requisitos para tarifas con descuento para los participantes del programa **Healthy San Francisco**.

Los participantes en Healthy San Francisco tienen acceso a los servicios de atención médica en ciertos proveedores de atención médica en San Francisco.

Para obtener más información sobre estos programas, visite [www.sfcityoption.org](http://www.sfcityoption.org)

### ESTÉ ATENTO A LA CARTA DE BIENVENIDA QUE RECIBIRÁ POR CORREO POSTAL

Usted no está inscrito todavía en un programa de atención médica de SF City Option. SF City Option le enviará por correo las instrucciones de lo que debe hacer para empezar el proceso de inscripción.

Si no recibe la carta de bienvenida dentro de las siguientes semanas o si tiene alguna pregunta sobre el programa, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 615-5720**.

La San Francisco Health Care Security Ordinance (HCSO) ordena que su empleador haga gastos de atención médica en su nombre.

Para obtener más información acerca de HCSO, visite: <https://sfgov.org/olse/health-care-security-ordinance-hcso>

Este aviso esta disponible en Español en [www.sfcityoption.org](http://www.sfcityoption.org)

這份中文通告可以在以下 網頁獲得: [www.sfcityoption.org](http://www.sfcityoption.org)

Ang paunawang ito ay magagamit sa Tagalog [www.sfcityoption.org](http://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: \_\_\_\_\_