SF CityOption
THE EMPLOYER'S HEALTH CARE CHOICE

Kumpirmasyon ng Bayad sa Pangangalaga ng Kalusugan

Binabati namin kayo! Pinili ng inyong employer na sumunod sa mga batas sa pangangalagang pangkalusugan ng San Francisco sa pamamagitan ng pagbibigay ng bayad sa SF City Option para ma-access ninyo ang isang SF Medical Reimbursement Account (SF MRA).

SF MRA
YOUR ACCOUNT FOR HEALTH COSTS

Ang SF MRA ay isang account sa pangangalagang pangkalusugan na maaaring magamit para mabayaran kayo para sa mga kwalipikadong gastusin sa pangangalagang pangkalusugan. Maaaring kayo, ang inyong asawa o domestic partner, at ang inyong mga dependent ang gumamit nito. Kabilang sa mga kwalipikadong gastusin ang mga medikal na gastusin, gastusin sa dentista, pangangalaga sa paningin, at wellness.

Para sa higit pang impormasyon, bisitahin ang sfcityoption.org

HINTAYIN ANG INYONG WELCOME LETTER SA KOREO

Hindi pa kayo nakatala sa isang SF MRA. Papadalhan kayo ng SF City Option ng mga tagubilin tungkol sa kung anong kailangan ninyong gawin para masimulan ang proseso ng pagpapatala.

Kung hindi kayo makakatanggap ng welcome letter sa loob ng susunod na ilang linggo o kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa programa, tawagan ang Customer Service sa **1(877) 772-0415**.

Iniaatas ng San Francisco Health Care Security Ordinance (HCSO) at ng Healthy Airport Ordinance (HAO) sa inyong employer na maglaan ng bayad para sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyo. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga batas ng San Francisco na ito, bisitahin ang: **sfgov.org/olse**

Este aviso esta disponible en Español en **sfcityoption.org/es**

這份中文通告可以在以下 網頁獲得: **sfcityoption.org/zh**

Ang paunawang ito ay magagamit sa Tagalog **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: _____