



HCSO HRA Información General para el Empleado

Ordenanza de Seguro para el Cuidado de la Salud de San Francisco (HCSO) es una ley que crea un requisito de gasto del empleador, impuesta por la Oficina de las Normas Laborales. El requisito de gasto del empleador obliga a los Empleadores Registrados a gastar una cantidad mínima de dinero (establecida por ley) en servicios de cuidado de la salud para sus empleados calificado.

¿Quién es un Empleador Registrado/Cubierto o Empleado Registrado/Cubierto?

Un Empleador Registrado (cubierto) es un empleador con un Certificado de Registración de Negocio de San Francisco y 20 o más empleados. Un Empleado Cubierto:

- ha sido empleado por el Empleador Registrado por lo menos 90 días de calendario, y
- efectivo enero del 2010, trabaja por lo menos 8 horas a la semana en San Francisco.

¿Quién es excluido del HCSO?

Los empleadores con menos de 20 empleados y organizaciones no lucrativas con menos de 50 empleados son excluidos de los requisitos de HCSO. Usted es excluido de la cobertura bajo el HCSO si usted pertenece a cualquiera de las clases siguientes de empleado:

- Aquellos que firmen la forma de renuncia voluntaria declarando que tienen otra cobertura patrocinada del empleador.
- Los gerentes, supervisores y empleados de confianza que ganaron más de \$ 86,593 dólares de sueldo anual (\$41.63 por hora) en 2013.
- Aquellos que están cubiertos por Medicare o TRICARE.
- Aquellos que están empleados por una organización no lucrativa hasta por un periodo de un año como aprendices.
- Aquellos que reciben beneficios de cuidado de salud bajo la Ordenanza de Acontabilidad de Cuidado de Salud de San Francisco.

Gastos Requeridos

Su empleador debe de tener fondos disponibles para "gastos de cuidado de salud", o para beneficios médicos. Estos fondos tienen que estar disponible a mas tardar el día 30 del mes al finalizar cada cuarto periodo. Su empleador utilizará el número de "horas pagadas" para determinar su gasto mínimo. "Horas pagadas" incluye las horas por las cuales usted es pagado un sueldo por el trabajo realizado dentro de San Francisco y las horas por las cuales usted tiene derecho para ser pagado un sueldo, incluyendo, pero no limitado a, horas pagadas para vacaciones, pago de tiempo libre, y horas pagadas de reposo por enfermedad, pero no excediendo 172 horas en un solo mes o 516 horas en un solo cuarto periodo. Si usted es un Empleado Cubierto, usted es elegible para los beneficios basado en montos aplicables y totales en la tabla abajo:

Health Care Expenditure Rate Schedule				
Business Size		January 2011	January 2012	January 2013
Large	100+ Empleados	\$2.06/hora	\$2.20 /hora	\$2.33 /hora
Medium	20 – 99 Empleados	\$1.37/hora	\$1.46/hora	\$1.55/hora

El BeneFLEX HCSO HRA

Su empleador está cumpliendo con el requisito de HCSO proporcionándole a usted con un Arreglo de Reembolso de Salud de HCSO (HRA). A finales de cada cuarto periodo, usted será notificado del gasto de cuidado médico disponible para usted basado en el número de horas que usted trabajó en San Francisco en ese cuarto periodo. Por cada cuarto periodo que usted se mantenga un Empleado Cubierto, su empleador continuará haciéndole fondos ganados disponibles a usted.

Usted puede usar estos fondos para gastos médicos, incluyendo gastos de dental y visión. Por ejemplo, si usted compra medicamentos para una enfermedad, usted puede enviar un reclamo con el recibo y recibir reembolso hasta la cantidad disponible. Para más información sobre su plan de HCSO HRA, por favor lea el Resumen de Descripción del Plan.

Visite nuestra página web, www.beneflexhr.net, o sistema de cuenta de voz para información sobre el plan HCSO y su saldo de cuenta. Haga clic en "Check your account balance" para el acceso web a su cuenta protegida de Seguro Social. Usted también tiene acceso a HCSO FAQ's (PREGUNTAS MAS FRECUENTES), allí puede conseguir la forma de depósito directo y/o la forma de reclamo. Para escuchar el saldo de su cuenta por teléfono, llame al 913.789.4600. El sistema le pedirá su Número de Seguro Social y le permitirá verificar su saldo de cuenta utilizando su teclado de números.

HCSO HRA Las Guías para Remitir Reclamos

El IRS proporciona la guía siguiente:

Reembolsos Médicos

- Cuándo sus recibos son remitidos para el reembolso, todos deben mostrar la información siguiente:
 1. Quién proporcione el servicio (nombre y dirección).
 2. Qué tipo de servicio fue proporcionado.
 3. La fecha que el servicio fue proporcionado, no la fecha de facturación ni fecha de vencimiento.
 4. La cantidad del cargo.

NOTA: Para poder procesar su reclamo los 4 datos de información deben estar en cada recibo. Esto incluye recibos para servicios de ortodoncia.

- Ninguna cantidad reclamada que es de un "Balance Anterior", "Balance Delantero", etc., no puede ser pagado a menos de que la información indicada en los artículos 1-4 de arriba sea mostrada en el recibo.
- Recibos deben mostrar todos los gastos hechos. Ningún pago excesivo, pago por adelantado, etc., para servicios que no están en la lista, serán reembolsados.
- Por favor describa los gastos en su forma de reclamo.
- Usted no será reembolsado por ningún gasto médico hecho antes de la activación del plan de HCSO HRA.
- Gastos Elegibles— incluyen servicios dentales, exámenes/pruebas médicas de laboratorio, servicios de visión, gafas/lentes de sol con prescripción/receta, equipo médico, suministros y servicios, medicamento, servicios de obstétrico, consultas médicas, medicamentos sin prescripción/receta, las drogas o las medicinas con una prescripción de doctor, ciertas primas de la asistencia sanitaria, y más! Visite nuestro sitio web en www.beneflexhr.net y ciérnase sobre HCSO
- Medicamentos Sobre el Mostrador / Over the Counter (OTC), —
 1. Cuándo y quien vendió el producto (fecha, nombre y dirección).
 2. Tipo de OTC comprado. Debe mostrar tipo de producto o nombre de marca.*
 3. Cantidad del cargo.
 4. La copia de prescripción de doctor para el artículo de droga de OTC

** Si el recibo no muestra el nombre del producto, usted puede escribir el nombre del producto en el recibo. Usted debe verificar su compra con el cajero firmando su nombre en el recibo. Cheques cancelados y talones de pago de tarjeta de crédito no son recibos admisibles.*

Para Su Referencia

- Haga copias de la forma de reclamo incluya en el folleto para su futuro uso o puede conseguir una copia en nuestro sitio web.
- Envíe la forma de Autorización de Depósito Directo con su primer reclamo para recibir sus reembolsos más rápido.
- Para garantizar el reembolso a tiempo, todos los reclamos deben ser recibidos a mas tardar 1:00 p.m. (hora estándar del Pacífico) el Martes para el procesamiento del Jueves. Usted puede enviar reclamos:
 - Por Fax a 314.909.6983 o
 - Por Correo 10805 Sunset Office Drive, Suite 401, St. Louis, MO 63127 o
 - Presentar reclamaciones en línea a través del portal del empleado en nuestro sitio de web
- Si usted envía su reclamo por fax, guarde una copia de la confirmación en caso que BeneFLEX, HRA, la compañía que procesa los reclamos, no reciba su documentación.
- Si usted termina el empleo, revise su Resumen de Descripción del Plan para el período de gracia y el período de finalización para ver cuánto tiempo tiene para utilizar y presentar reclamos para sus fondos del plan HCSO.
- Para escuchar su saldo de cuenta por teléfono, llame al 913.789.4600.
- Tiene preguntas sobre su plan o reclamos? Envíe correo electrónico a info@beneflexhr.com o llame al **800.631.3539**.

HCSO HRA FORMA DE RECLAMO DE REEMBOLSO

NOMBRE DEL EMPLEADO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	
DIRECCION:		
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NOMBRE DE COMPAÑIA DE EMPLEO:		

Reembolsos Médicos

DATE OF SERVICE FECHA DEL SERVICIO	NAME OF SERVICE PROVIDER NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIO	EXPENSE DESCRIPTION DESCRIPCIÓN DEL GASTO	PERSON FOR WHOM THE EXPENSE WAS INCURRED PERSONA PARA QUIEN EL GASTO FUE HECHO	AMOUNT OF CHARGE CANTIDAD DEL CARGO
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
TOTAL AMOUNT REQUESTED CANTIDAD TOTAL SOLICITADA				\$

Favor de arreglar la documentación en el orden indicado arriba.

El participante en el Plan firma que certifica que todos los gastos para cuál el reembolso o el pago reclamado fue hecho durante el período actual bajo el Plan de HCSO de la compañía. El firmante comprende completamente que él o ella es el único responsable de la exactitud, la precisión y veracidad de toda la información relacionada con este reclamo y que el reembolso reclamado es un gasto apropiado bajo el Plan.

EMPLOYEE SIGNATURE (must be signed for proper processing) FIRMA DEL EMPLEADO (debe ser firmado para el procesamiento apropiado)	DATE FECHA
--	---------------

Envíe HCSO Reclamos con su documentación a través de:

- Fax al 314-909-6983, o
- Correo electrónico a info@beneflexhr.com, o
- Correo a HCSO Claims Processing
10805 Sunset Office Dr., Ste 401
Louis, MO 63127



**HCSO HRA reclamos
Administrado por BeneFLEX.**

HCSO HRA FORMA DE AUTORIZACION DE DEPOSITO DIRECTO

¡No espere que su cheque le llegue por el correo!

Cada participante del plan HCSO con una cuenta de HRA ahora puede inscribirse para recibir reembolsos a través de depósito directo. Todos aquellos que se inscriban para esta función gratuita serán recompensados con un reembolso inmediato a través de depósito directo al día siguiente de su procesamiento. ¡Con algunos bancos, esta función es procesada el mismo día!

Usted continuara remitiendo la forma para el reembolso de la misma manera. El único cambio es que el dinero será depositado directamente a su cuenta. Usted no tiene que esperar el cheque o ir al banco para depositar su reembolso. Usted puede verificar su depósito directo por la página web o con Respuesta de Voz Interactiva a través del banco.

Si usted tiene alguna pregunta, llame al 1.800.631.3539

NOMBRE DEL EMPLEADO:

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL:

DIRECCION:

Por este medio, Yo autorizo a BeneFLEX HR Resources, como procesador de reclamos para el plan BeneFLEX HCSO HRA, para iniciar transacciones de crédito para mi cuenta (**elija uno**) **cuenta de cheques** o **cuenta de ahorros** indicada abajo y el depositario nombrado abajo (Depositario) y en caso de transacciones de débito iniciadas por error acreditar la misma cuenta.

NÚMERO DE CUENTA:

DEPOSITARIO (NOMBRE DEL BANCO/INSTITUTO FINANCIERO) :

SUCURSAL:

CIUDAD:

ESTADO:

NÚMERO DE RUTA DE LA SUCURSAL:

La autorización permanecerá vigente y en efecto hasta que BeneFLEX HR Resources haya recibido notificación escrita de mí parte para la terminación en tal tiempo y en tal manera que ofrece a BeneFLEX HR Resources una oportunidad razonable para actuar. Yo también entiendo que con mi firma, estoy verificando que soy responsable de la exactitud de la información inicial y de informarles de los siguientes cambios: (cambio de número de cuenta bancaria, cambio de nombre del banco/instituto financiero, cambio de nombre o/y dirección, etc.)

EMPLOYEE SIGNATURE (must be signed for proper processing)

DATE

FIRMA DEL EMPLEADO (debe ser firmado para el procesamiento apropiado)

FECHA

**Un cheque actual o una copia de un cheque anulado
debe de ser adjunto.**

Adjunta aquí un cheque anulado.

Si un cheque actual no está disponible para adjuntar (es decir en algunas cuentas de ahorros), usted es entonces responsable de obtener el número correcto de ruta de su institución financiera para ACH.