

¿Por qué recibo avisos por correo de mi compañía de seguros?

Cuando participa en la oferta de ICHRA de la compañía al elegir un plan de salud, se convierte en el propietario de una póliza de seguro de salud individual. Debido a que usted es el propietario de su póliza de seguro de salud individual (a diferencia del seguro de salud grupal tradicional proporcionado por un empleador), recibirá facturas/avisos de primas todos los meses directamente de la compañía y, en ocasiones, puede recibir un aviso de atraso relacionado con su prima mensual.

¿Qué hago si recibo una factura/aviso de prima de mi compañía de seguros?

Es importante tener en cuenta que es la norma de la industria y es perfectamente normal que su compañía de seguros le envíe facturas de prima (física o electrónicamente), ya que usted es el propietario de su plan individual. No pague estas facturas ni cancele su plan pensando que es una cobertura duplicada.

La factura/aviso incluirá el período de facturación y el monto total adeudado. Mientras sea elegible para recibir los beneficios de su empleador, puede IGNORAR estos avisos, ya que SureCo está facilitando sus pagos de prima mensuales. Sin embargo, si deja a su empleador durante el año del plan, tiene la opción de mantener el plan individual que ha elegido haciéndose cargo de los pagos de la prima mensual.

¿Qué hago si recibo un aviso de demora de mi compañía de seguros?

En general, los avisos de demora para la prima del mes actual se pueden ignorar. Lamentablemente, las compañías suelen comenzar a enviar avisos de demora el 1.º de cada mes. Por lo tanto, es posible que reciba un aviso de demora porque su pago aún no se ha procesado ni registrado en su cuenta, aunque SureCo haya enviado el pago. Si recibe un aviso de demora, **no lo pague**. Por ley, todas las pólizas de planes de salud tienen un período de gracia de 30 días. Como recordatorio, SureCo está realizando los pagos de primas en nombre de todos los empleados elegibles para los beneficios.

Si recibe una notificación tardía y está preocupado, comuníquese con SureCo por correo electrónico

employee.experience@sureco.com para investigar el asunto de inmediato. Incluya una copia de la notificación completa que muestre las fechas y el monto adeudado.

¿Cómo me comunico con SureCo?

El equipo de Experiencia del empleado de SureCo está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este de EE. UU. Pueden ayudarlo con preguntas sobre las compañías de seguros, opciones de beneficios, inscripciones, problemas de inicio de sesión, renuncia a beneficios, confirmaciones de pago, QLE y más.

Correo electrónico: employee.experience@sureco.com

Llame al: 949.989.4906 (presione 1 para inglés, presione 2 para español)

BlueCross BlueShield

NEED HELP?
Call 1 (866) 790-5965
8:00 AM - 4:30 PM CT, MONDAY - FRIDAY
Or call TTY at 711
Send correspondence to:
P.O. Box 982801
El Paso, TX 79998-2801
Or www.bluecrossmn.com

YOUR HEALTH INSURANCE INVOICE

NAME OF POLICY HOLDER
Individual | Medical
Individual Direct Pay

BILLING PERIOD: 05/01/2024 to 05/31/2024
TOTAL AMOUNT DUE before 05/01/2024: \$416.96

Total Previous Period	
Current Period	\$0.00
Member Premium Responsibility	\$416.96
Current Amount Due	\$416.96
Total Amount Due before 05/01/2024	\$416.96

NOTIFICATIONS
Invoice reflects billing activity processed prior to 04/09/2024. Any activity processed after this date will be reflected on the next invoice.
When you provide check as payment, you authorize us either to use information from your check to make an electronic fund transfer or to process the payment as a check transaction.
This information is available in other ways for people with disabilities or who need it translated into another language by calling 1-800-382-2000 (toll free). For TTY, call 711. If you want free help translating this information, call the above number. Si desea ayuda gratis para traducir esta información, llame al número que aparece arriba.

NOTE DATE OF INVOICE

****SAMPLE INVOICE****

Payment Options:
Electronic Payment can be made at: www.bluecrossmn.com
Please include your Billing Account No. XXXXXXXXXX on your payment. Please do not send cash.
Remit check or money order and make payable to:
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
PO Box 860449
Minneapolis, MN 55486-0449

Detach and return. Payments may take up to 7 days from receipt of payment to be applied to the account.

Individual Direct Pay
BILLING ACCOUNT NO.: 100191360000
COMPANY CODE: 21
Total Amount Due before 05/01/2024: \$416.96
Amount Enclosed \$
Please include your Billing Account No. XXXXXXXXXX on your payment. Do not send cash. Remit check or money order and make payable to:

Member Name
Member Address

Date of notice
04/02/2024

****SAMPLE LATE NOTICE****

Notice of Premium Delinquency and Intent to Non-Renew
Action required to ensure your health coverage continues

Dear **member name**

At Ambetter, we know how important it is to have coverage when you need it. Our records show that your account is past due. To be sure you maintain your health coverage and do not experience any disruption to services, it is important that you make payment for the full past due amount by no later than 04/30/2024. You can find a list of available payment options on following page(s).

Subscriber ID:	XXXXXXXX
Total Amount Due:	\$499.37
Due Date for Payment:	04/30/2024
Last Date of Paid Coverage:	02/29/2024
Members impacted:	member name

For further details, please reference your most recent bill.

At this time, your account is at risk of termination. As a courtesy, we placed your account in a grace period through 04/30/2024. Please make payment immediately to resolve the outstanding balance.