

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

PLAN ADICIONAL DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN E INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

FORMULARIO DE RECLAMO



Sydney Administrators LLC

690 Main Street #346
Safety Harbor, FL 34695-3551

Entendemos que sus preocupaciones son únicas y estamos aquí para ofrecerle asistencia personalizada.

Teléfono: 866-578-5789
Fax: 727-440-8168

Horario de atención:
Lunes a Viernes
9:00am a 5:00pm (EST)

© 2025 Sydney Administrators

FORMULARIO DE RECLAMO

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

PASOS NECESARIOS PARA PRESENTAR SU RECLAMO POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Evite demoras innecesarias en el proceso asegurándose de seguir todos los pasos (a la derecha).

Sydney Administrators LLC
690 Main Street #346
Safety Harbor, FL 34695-3551

Teléfono: 866-578-5789
Fax: 727-440-8168

01 DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Todo reclamo presentado debe incluir una declaración del paciente debidamente completado.

02 DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Todo reclamo presentado debe incluir una declaración médica debidamente completada.

03 FACTURAS DETALLADAS DEL HOSPITAL Y DEL MÉDICO

Por favor incluya una copia de todas las facturas detalladas del hospital y del médico que expliquen todos los procedimientos realizados para que este reclamo sea procesado.

- Su proveedor médico puede conocerlos como UB04 (hospital); HCFA 1500 (médico) o una superfactura médica (super bill).
- Este documento puede incluir una Explicación de Beneficios de Medicare (EOMB), una Explicación de Beneficios (EOB), una Declaración del Reclamación y/o un Formulario del Médico debidamente completado.

NOTA: Su póliza tiene una limitación por condiciones preexistentes de 6 meses y un periodo de impugnación de la póliza de 2 años.

FORMAS DE PRESENTAR UN RECLAMO

DIRECCIÓN DE CORREO

Sydney Administrators LLC
690 Main Street #346
Safety Harbor, FL 34695-3551

NÚMERO DE FAX

727-440-8168
Responderemos por correo dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de su reclamo.

CORREO ELECTRÓNICO

admin@sydneytpa.com

CARGA EN LÍNEA

Presione [aquí](#) para carga su forma de forma segura y rápida.



DECLARACIÓN DEL PACIENTE

FORMULARIO DE RECLAMO POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Sydney Administrators, LLC | 690 Main Street #346, Safety Harbor, FL 34695-3551 | Teléfono: 1-866-578-5789 | Fax: 727-440-8168

FORMULARIO DE RECLAMO DEL PACIENTE

Número de Póliza _____

1. Nombre del Asegurado	2. Teléfono (incluya el código del área)	3. Correo Electrónico
4. Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) – Si la Dirección es nueva, marque la casilla <input type="checkbox"/>		

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: es importante que se respondan las preguntas en su totalidad y que se devuelva este formulario a Federal Life Insurance Company.

Si el reclamo es por gastos del hospital o del médico, adjunte las facturas detalladas.

5. Nombre del Paciente (si es diferente al asegurado)	6. Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
---	-------------------------------------

7. Fecha en la que el paciente se enfermó, se produjo el accidente o la fecha del cuidado preventivo (mm/dd/aaaa).	7a. Si se trata de un accidente, ¿cómo ocurrió? Por favor explique.	
--	---	--

8. Fecha en la que el paciente consultó por primera vez a un médico por esta condición si la atención no es de cuidado preventivo. (mm/dd/aaaa)	8a. ¿Ha estado enfermo antes por esta condición médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8b. Si la respuesta es SÍ, cuándo (mm/dd/aaaa)
---	--	--

9. Nombre y Dirección del Médico (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

10. ¿Ha presentado o va a presentar un reclamo por compensación a los trabajadores?	10a. Si la respuesta es SÍ, escriba el nombre y la dirección del empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal).
---	--

11. Si está hospitalizado, escriba el nombre y la dirección del centro médico (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal).

12. Si la atención es suministrada en un lugar de ancianos, escriba el nombre y la dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

13. Nombre y dirección del médico de cabecera (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

14. Otros médicos consultados los últimos dos años:

Entiendo que Federal Life Insurance Company podrá utilizar esta información con el fin de evaluar mi reclamo para los beneficios del seguro. Declaro que las respuestas a las anteriores preguntas son completas, verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender. Entiendo que yo o mi representante autorizado tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización a nuestra solicitud.

ASEGÚRESE DE FIRMAR A CONTINUACIÓN

Nombre del Paciente _____

Firma del representante autorizado del paciente o del familiar más cercano. _____ Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa)

SI EL PACIENTE FALLECIÓ, debe firmar el representante personal o el familiar más cercano. **La entrega de este formulario no reconoce ninguna responsabilidad por parte de Federal Life Insurance Company.**

Para depósito directo, suministre la siguiente información:

Nombre del banco: _____ Nombre de la cuenta: _____

Código ABA: _____ # de Cuenta: _____

También puede presentar una copia de un cheque en blanco y anulado junto con su reclamo.



DECLARACIÓN DEL MÉDICO

FORMULARIO DE RECLAMO POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Sydney Administrators, LLC | 690 Main Street #346, Safety Harbor, FL 34695-3551 | Teléfono: 1-866-578-5789 | Fax: 727-440-8168

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre del Paciente (<i>Nombre, Inicial Segundo Nombre, Apellido</i>)	2. Nombre Alternativo	3. Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)
4. Número de Póliza del Paciente	5. Si se trata de cuidado preventivo, marque aquí <input type="checkbox"/>	6. Fecha de la enfermedad (<i>lesión, accidente, primer síntoma o cuidado preventivo</i>) (mm/dd/aaaa)
7. Fecha de la primera consulta para esta condición médica (mm/dd/aaaa)	8. ¿El paciente ha tenido síntomas iguales o similares anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. Si el paciente fue atendido por una emergencia, marque aquí <input type="checkbox"/>
10. ¿Esta lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo?	11. Nombre del médico remitente u otra fuente.	12. Para servicios relacionados con hospitalización, ingrese las fechas de hospitalización (mm/dd/aaaa) Admitido: ___/___/___ Dado de alta: ___/___/___
13. Nombre y dirección del centro médico donde se prestan los servicios (<i>si es diferente a la casa o a la oficina</i>).	14. ¿Los exámenes de laboratorio se realizaron fuera de su oficina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

15. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión. Relacione el diagnóstico con el procedimiento en la columna D mediante los números de referencia 1, 2, 3, Etc., o el Código DX (ICDA9)

1.	3.
2.	4.

A. Fecha del Servicio	B.* Lugar del Servicio	C. Describa completamente los procedimientos, los servicios médicos o los suministros provistos para cada fecha indicada en el Código de Procedimiento (CPT) Identificar (Explique los servicios o circunstancias inusuales)	D. Código del Procedimiento (CPT)	E. Código del Diagnóstico	F. Cobros	G. Días o Unidades	H. Tipo de Servicio**

17. Firma del Médico o del Proveedor	18. Cobro total	19. Monto pagado	20. Saldo a pagar
Firmado	Fecha	21. I.D. del Proveedor Nacional	22. Nombre, dirección, código postal y teléfono del médico o del proveedor.
23. Número de cuenta de su paciente.	24. I.D. de su Empleador	I.D. No.	

*** CÓDIGOS DEL LUGAR DEL SERVICIO**

11 - (O) Consultorio Médico	32 - (NH) Hogar de Ancianos	A - Laboratorio Independiente
12 - (H) Casa del Asegurado	41 - Ambulancia	B - Otro Centro Médico/Quirúrgico
21 - (IH) Hospitalización	51 - Centro de Atención Nocturna (PSY)	C - (RTC) Centro de Tratamiento Residencial
22 - (OH) Hospital para Pacientes Ambulatorios	53 - Centro de Atención Diurna (PSY)	D - (STF) Centro de Tratamiento Especializado
31 - (SNF) Centro de Enfermería Especializada	99 - (OL) Otros Lugares	

**** CÓDIGOS DEL TIPO DE SERVICIO**

1 - Atención Médica	6 - Radioterapia	A - Uso de DME
2 - Cirugía	7 - Anestesia	M - Pago alternativo para diálisis de mantenimiento.
3 - Consulta	8 - Asistencia en Cirugía	Y - Segunda opinión para cirugía electiva
4 - Rayos X de Diagnóstico	9 - Otro Servicio Médico	Z - Tercera opinión para cirugía electiva.
5 - Laboratorio de Diagnóstico	0 - Sangre o glóbulos rojos empaquetados	



DECLARACIÓN DEL MÉDICO

FORMULARIO DE RECLAMO POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Sydney Administrators, LLC | 690 Main Street #346, Safety Harbor, FL 34695-3551 | Teléfono: 1-866-578-5789 | Fax: 727-440-8168

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Indique el nombre completo, la dirección y el teléfono de sus Médicos de Atención Primaria:

Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Indique el nombre completo y la dirección de cualquier otro proveedor médico que lo haya tratado y su especialidad:

Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre	Teléfono		Fecha de la Primera Consulta
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Le pedimos que saque fotocopias de toda la correspondencia enviada a nuestra oficina para que la guarde en sus archivos.



DECLARACIONES SOBRE FRAUDE

FORMULARIO DE RECLAMO POR INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Sydney Administrators, LLC | 690 Main Street #346, Safety Harbor, FL 34695-3551 | Teléfono: 1-866-578-5789 | Fax: 727-440-8168

NOTA PARA EL ASEGURADO:

A continuación encontrará una lista de las declaraciones sobre fraude que el Departamento de Seguros de su Estado nos exige que le suministremos. Primero ubique su estado de residencia y luego lea la declaración de fraude que le pertenece a su estado. **Gracias.**

Alabama	Arkansas	California	Connecticut	Georgia	Iowa	Illinois
Kansas	Louisiana	Massachusetts	Michigan	Missouri	Mississippi	Montana
Carolina del Norte	Dakota del Norte	Nebraska	Nevada	Puerto Rico	Rhode Island	Carolina del Sur
Dakota del Sur	Texas	Utah	Vermont	Wisconsin	West Virginia	Wyoming

ADVERTENCIA DE FRAUDE GENÉRICA *(solo para los estados mencionados antes)*

Cualquier persona que intencionalmente presenta un reclamo fraudulento que contiene información falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro y puede ser sancionada con multas y con reclusión en prisión.

ALASKA, DELAWARE, IDAHO, INDIANA, OKLAHOMA

Cualquier persona que intencionalmente y con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

COLORADO, WASHINGTON D.C., HAWAII, MAINE, TENNESSEE, VIRGINIA

Es un delito suministrar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con la intención de defraudar a la Compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o la negación de la cobertura del seguro.

ARIZONA, MINNESOTA, NEW JERSEY, NEW MEXICO

Cualquier persona, que intencionalmente, y con el propósito de defraudar a una aseguradora, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas civiles y con sanciones penales.

KENTUCKY, OHIO, OREGON

Cualquier persona que tenga la intención de defraudar o que ayude intencionalmente a cometer un fraude contra una aseguradora presentando una solicitud o un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

FLORIDA

Cualquier persona que intencionalmente y con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa, comete un fraude al seguro que se castiga según lo dispuesto en la Sección 817.234 F.S.

MARYLAND

Cualquier persona que intencional y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que intencional y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y con reclusión en prisión.

NEW HAMPSHIRE

Cualquier persona que con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa será sometida a enjuiciamiento y castigo por fraude al seguro según lo dispuesto en RSA 638:20.

PENNSYLVANIA

Cualquier persona que intencionalmente y con el propósito de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una declaración de reclamo que contiene información sustancialmente falsa o que oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto fraudulento contra el seguro que constituye un delito y somete a esta persona a sanciones penales y civiles.

RHODE ISLAND

Cualquier persona que intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o de beneficios o que intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y con reclusión en prisión.

WASHINGTON STATE

Es un delito suministrar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con la intención de defraudar a la Compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas y la negación de los beneficios del seguro.

