



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Office of Medicaid
www.mass.gov/masshealth

MassHealth
All Provider Bulletin 331
November 2021

TO: All Providers Participating in MassHealth

FROM: Amanda Cassel Kraft, Assistant Secretary for MassHealth

RE: Updates to the MassHealth Third Party Liability Indicator (“TPLI-MH”) Form

Background

The Third Party Liability Indicator (TPLI-MH) form is used by members and providers to tell MassHealth about other health insurance if the member’s insurance has changed or ended.

The Third Party Liability Indicator (TPLI-MH) form has been updated as of November 2021 to request additional policy-level identifiers to improve MassHealth’s validation process. The form has also been formatted to be fillable and translated into Spanish.

MassHealth providers should use the new form located on the MassHealth TPL website at <https://www.mass.gov/info-details/masshealth-and-private-health-insurance-also-known-as-third-party-liability-tpl>.

Samples of the revised TPLI-MH form (English and Spanish versions) are attached.

Using the New TPLI-MH Form

You can begin using the new TPLI-MH form on November 22, 2021. However, outdated TPL-MH forms submitted after this date will continue to be accepted.

If you have questions regarding the TPLI-MH form, please contact the MassHealth Third Party Liability Unit at (888) 628-7526.

MassHealth Website

This bulletin is available on the [MassHealth Provider Bulletins](#) web page.

[Sign up](#) to receive email alerts when MassHealth issues new bulletins and transmittal letters.

Questions

Dental Services

Phone: (800) 207-5019; TTY: (800) 466-7566

Long-Term Services and Supports

Phone: (844) 368-5184 (toll free)

Email: support@masshealthtss.com

Portal: MassHealthLTSS.com

Mail: MassHealth LTSS, PO Box 159108, Boston, MA 02215

Fax: (888) 832-3006

All Other Provider Types

Phone: (800) 841-2900; TTY: (800) 497-4648

Email: providersupport@mahealth.net

Fax: (617) 988-8974



Third Party Liability Indicator

Instructions

1. Complete Step 1: Head of Household Information.
2. Complete Step 2: Third Party Liability Information Updates.
3. Return the form to the MassHealth Third Party Liability Unit by email, fax, or mail.

Step 1: Head of Household Information (You must complete this section.)

Head of Household Name: _____
Last, First, Middle initial

Head of Household MassHealth ID No. or Social Security Number (SSN): _____

Head of Household Telephone Number: _____

Step 2: Third Party Liability Updates (Complete the Section that you need MassHealth to update.)

Section I: Commercial Health Insurance Information (Complete only if you need MassHealth to update commercial health insurance information.)

- Add Policy Change Policy Terminate/Close Policy

Policyholder's Name: _____ Policyholder's Date of Birth: _____
Last, First, Middle initial

Policyholder's SSN: _____ Policy Number: _____

Insurance Company Name: _____ Group Number: _____

Policy Start Date: _____ Policy End Date: _____

Insurance Address: _____ Insurance Telephone Number: _____
(XXX) XXX-XXXX

Family Members Covered:

Name	Date of Birth	MassHealth ID Number or SSN

Section II: Medicare Information (Complete only if you need MassHealth to update Medicare insurance information.)

Name: _____ Medicare Beneficiary Identifier (MBI) Number: _____
Last, First, Middle initial

Part A:

Add Policy Start Date: _____ End Date: _____

Close Policy Start Date: _____ End Date: _____

Part B:

Add Policy Start Date: _____ End Date: _____

Close Policy Start Date: _____ End Date: _____

Part C:

Note: Part C plans are commonly known as Medicare Advantage plans.

Add Policy Start Date: _____ End Date: _____

Insurance Carrier: _____ Plan Name: _____

Close Policy Start Date: _____ End Date: _____

Insurance Carrier: _____ Plan Name: _____

Part D:

Add Policy Start Date: _____ End Date: _____

Insurance Carrier: _____ Plan Name: _____

Close Policy Start Date: _____ End Date: _____

Insurance Carrier: _____ Plan Name: _____

Step 3: Return the completed form to the MassHealth Third Party Liability Unit in one of these three ways:

1. Email: MassHealthTPL@accenture.com
2. Fax: (617) 357-7604
3. Mail: MassHealth Third Party Liability Unit, 519 Somerville Avenue #372, Somerville, MA 02143

Questions? Call MassHealth Third Party Liability Unit
at (888) 628-7526 or TTY (617) 886-8102



Información sobre la responsabilidad de terceros

Instrucciones

1. Complete el Paso 1: Información sobre el jefe del hogar.
2. Complete el Paso 2: Actualización de información sobre la responsabilidad de terceros.
3. Envíe el formulario a la Unidad de Responsabilidad de Terceros de MassHealth por correo electrónico, fax o por correo postal.

Paso 1: Información del jefe del hogar (Usted debe completar esta sección.)

Nombre del jefe del hogar: _____
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre

Número de ID de MassHealth o Número de Seguro Social (SSN) del jefe del hogar: _____

Teléfono del jefe del hogar: _____

Paso 2: Actualizaciones de la responsabilidad de terceros (Complete la sección que usted necesita que MassHealth actualice.)

Sección I: Información del seguro de salud comercial (Complete solamente si usted necesita que MassHealth actualice la información sobre el seguro de salud comercial.)

- Agregar póliza Cambiar póliza Cancelar o cerrar póliza

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social (SSN) del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Número del grupo: _____

Fecha de inicio de la póliza: _____ Fecha de finalización de la póliza: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____
(XXX) XXX-XXXX

Integrantes de la familia cubiertos:

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de ID de MassHealth o de SSN

Sección II: Información de Medicare (Complete solamente si usted necesita que MassHealth actualice la información sobre el seguro de Medicare.)

Nombre: _____
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre

Número de Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI): _____

Parte A:

Agregar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Cancelar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Parte B:

Agregar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Cancelar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Parte C:

Nota: Los planes de la Parte C son comúnmente llamados *planes de Medicare Advantage*.

Agregar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Compañía de seguros: _____ Nombre del plan: _____

Cancelar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Compañía de seguros: _____ Nombre del plan: _____

Parte D:

Agregar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Compañía de seguros: _____ Nombre del plan: _____

Cancelar póliza Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Compañía de seguros: _____ Nombre del plan: _____

Paso 3: Envíe el formulario a la Unidad de Responsabilidad de Terceros de MassHealth de una de estas tres maneras:

1. Por correo electrónico: MassHealthTPL@accenture.com
2. Por fax: (617) 357-7604
3. Por correo postal: MassHealth Third Party Liability Unit, 519 Somerville Avenue #372, Somerville, MA 02143

¿Tiene preguntas? Llame a la Unidad de Responsabilidad de Terceros de MassHealth
al (888) 628-7526 o por TTY al (617) 886-8102