******

***Commonwealth of Massachusetts***

***Executive Office of Health and Human Services***

***Office of Medicaid***

[*www.mass.gov/masshealth*](http://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 [signature of Amanda Cassel Kraft]

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 However, outdated TPL-MH forms submitted after this date will continue to be accepted.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](http://www.mass.gov/masshealth-provider-bulletins) web page.

[Sign up](https://www.mass.gov/forms/email-notifications-for-masshealth-provider-bulletins-and-transmittal-letters) 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@masshealthltss.com](mailto:support@masshealthltss.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](mailto:providersupport@mahealth.net)

Fax: (617) 988-8974

# MassHealth Logo

# Third Party Liability Indicator Form (TPL-I)

## 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:

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 (MM/DD/YYYY):

Policyholder’s SSN: Policy Number:

Insurance Company Name: Group Number.:

Policy Start Date:

Policy End Date:

Insurance Address: Insurance Telephone Number:

Family Members Covered:

| Name | Date of Birth (MM/DD/YYYY) | 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:

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](mailto: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

# MassHealth Logo Formulario de Información sobre la responsabilidad de terceros (TPL-I)

## 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, por fax o por correo postal.

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

Nombre del jefe del hogar:

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 (MM/DD/AAAA):

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:

Integrantes de la familia cubiertos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Fecha de nacimiento  (MM/DD/AAAA) | 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:

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](mailto: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