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 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: _____

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nombre de la compañía de seguros:

_____

Número de póliza: _____

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 (MM/DD/AAAA)	Número de ID de MassHealth

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

Imprimir **Borrar**

¿Tiene preguntas?
Llame a la Unidad de Responsabilidad de Terceros de MassHealth
al (888) 628-7526