# 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.)

c Agregar póliza c Cambiar póliza c 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:

c Agregar póliza Fecha de inicio: Fecha de finalización:

c Cancelar póliza Fecha de inicio: Fecha de finalización:

Parte B:

c Agregar póliza Fecha de inicio: Fecha de finalización:

c Cancelar póliza Fecha de inicio: Fecha de finalización:

Parte C:

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

c Agregar póliza Fecha de inicio: Fecha de finalización:

Compañía de seguros: Nombre del plan:

c Cancelar póliza Fecha de inicio: Fecha de finalización:

Compañía de seguros: Nombre del plan:

Parte D:

c Agregar póliza Fecha de inicio: Fecha de finalización:

Compañía de seguros: Nombre del plan:

c 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