



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

e Medicare Insieme per voi

Che cos'è EPIC?

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, programma di copertura assicurativa farmaceutica per gli anziani) è un programma dello Stato di New York, amministrato dal Department of Health, che offre agli anziani un'assistenza co-finanziata per acquistare farmaci da prescrizione coperti dal programma Medicare Parte D **dopo che è stata superata la franchigia prevista**. EPIC copre anche molti farmaci esclusi dal programma Medicare Parte D.

- Gli iscritti al **Piano a canone** pagano una quota annuale a EPIC in base al loro reddito. I contributi EPIC sono compresi tra 3 e 20 dollari in base al costo del farmaco. I beneficiari del servizio Full Extra Help (sussidio straordinario completo) di Medicare sono esenti dal pagamento del canone EPIC.
- Gli iscritti al **Piano a franchigia** devono raggiungere una franchigia effettiva per l'anno in corso basata sul proprio reddito annuo, superata la quale usufruiscono del co-finanziamento di EPIC per i farmaci.

EPIC paga anche i premi del programma Medicare Parte D, fino all'importo di un piano base, per iscritti con un reddito annuo inferiore a 23,000 dollari, se non coniugati, e 29,000 dollari, se coniugati.

Chi dispone di un reddito superiore è invece tenuto a pagare i propri premi previsti dalla Parte D del programma.

- Per aiutarli a pagare, la loro franchigia EPIC viene ridotta del costo annuo di un programma base Medicare Parte D.
- Le franchigie EPIC per i redditi evidenziati con un'ombreggiatura nella tabella Piano a franchigia saranno ridotte rispetto all'importo indicato.

Chi può iscriversi?

- I residenti dello Stato di New York di età non inferiore ai 65 anni con reddito annuo massimo di 75,000 dollari, se non coniugati, o di 100,000 dollari, se coniugati.
- Gli anziani bisognosi di cure mediche oltre le proprie capacità economiche che possono detrarre le spese sanitarie dal proprio reddito (condizione di "spend down") e non usufruiscono dei pieni benefici Medicaid.

Iscrizione al programma Medicare Parte D

Tutti i beneficiari di EPIC devono essere iscritti a Medicare Parte D per ricevere i benefici del programma. Poiché EPIC è un programma statale qualificato di assistenza farmaceutica, è possibile iscriversi a un programma Parte D durante l'anno dopo essere diventati membri EPIC e modificare il proprio programma Medicare Parte D una volta nel corso dell'anno.

Risparmiare denaro con "Extra Help"!

Se EPIC determina che un anziano possa aver diritto a servizi Extra Help, provvederà all'invio di un modulo RFAI (Request for Additional Information, richiesta di ulteriori informazioni). A quel punto, l'anziano sarà tenuto per legge a fornire le informazioni richieste per ottenere la copertura EPIC.

- Gli anziani che ricevono già i servizi Extra Help possono inviare unitamente al modulo una copia della lettera di accertamento fornita dalla Social Security Administration (Amministrazione della previdenza sociale).
- Se gli verranno approvati i servizi Extra Help completi, l'anziano dovrà corrispondere solo una quota di partecipazione ridotta e non vedrà interrotta la copertura del programma Medicare Parte D. Medicare ed EPIC verseranno, integralmente o in parte, il premio mensile previsto dal programma Parte D.
- EPIC utilizzerà le informazioni del modulo RFAI per presentare la richiesta di servizi Extra Help per conto dell'anziano e non per effettuare una determinazione EPIC.

Come presentare la domanda

- Compili la domanda, la firmi e la invii all'indirizzo riportato in basso.
- Può utilizzare lo stesso modulo per presentare la domanda anche per il coniuge convivente.
- Dichiarì il reddito totale personale e del suo coniuge, se convivente (anche se a presentare la domanda è una sola persona), e firmate entrambi il modulo.

Per ulteriori informazioni, chiamare il numero verde di assistenza EPIC **1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**

Scaricare il modulo dal sito: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm

scegliere la versione nella lingua preferita o scrivere a:

EPIC

P.O. Box 15018

Albany, New York 12212-5018



e **Medicare**
Insieme per voi

Domanda

Compilare in stampatello leggibile.

Chi presenta la domanda? Lei **soltanto** Lei e il suo coniuge

Cognome Nome Iniziale secondo nome

c/o (se diverso da quanto indicato sopra)

Indirizzo presso il quale vive (no casella postale)

Città Stato CAP

Indirizzo presso il quale riceve la posta
(se diverso da quello indicato sopra)

Città Stato CAP

Nome del coniuge (se vivente)

Cognome Nome Iniziale secondo nome

Numero di previdenza sociale

Sesso

Donna Uomo

Data di nascita

Mese Giorno Anno
____ / ____ / ____

Numero di telefono

Prefisso Numero
()

Stato civile

- Vedovo/a, celibe/nubile o divorziato/a
- Coniugato/a
- Coniugato/a, non convivente

Numero di previdenza sociale del coniuge

Data di nascita del coniuge

Mese Giorno Anno
____ / ____ / ____

Indichi il numero della sua tessera di diritto ai servizi Medicare
(tessera rossa, bianca e blu) _____

Indichi il numero della tessera di diritto ai servizi Medicare
(tessera rossa, bianca e blu) del coniuge _____

(Girare e compilare sul retro)

NEED HELP? CALL TOLL-FREE: 1-800-332-3742
HA BISOGNO DI ASSISTENZA?
CHIAMI IL NUMERO VERDE: 1-800-332-3742

Indichi il reddito totale personale nell'anno solare precedente.

- Se è coniugato/a e convive con il coniuge, deve indicare il reddito annuo complessivo della coppia anche se a presentare la domanda è uno solo dei coniugi. Se è coniugato/a ma non vive con il coniuge, deve indicare solo il suo reddito annuo.
- Per ottenere il reddito annuo, moltiplichi gli importi mensili per 12.

	Reddito annuo personale	Reddito annuo del coniuge
1. Piani pensione della previdenza sociale o per i dipendenti del trasporto ferroviario, (meno i premi Medicare Parte B) che le sono stati versati mediante assegno o deposito diretto.	\$ _____	\$ _____
2. Altro reddito: compresi pensioni, rendite annue, dividendi, distribuzioni dei conti pensionistici individuali (IRA, Individual retirement Account), plusvalenze, retribuzioni, utili o perdite commerciali, redditi netti da locazioni, ecc.	\$ _____	\$ _____
3. REDDITO ANNUO TOTALE (Sommare le righe 1 e 2)	\$ _____	\$ _____

Legga attentamente quanto segue e apponga la sua firma:

Dichiaro che le informazioni riportate nel presente modulo sono corrette. Risiedo nello Stato di New York e al momento non sto usufruendo dei pieni benefici di Medicaid. So di essere tenuto/a a fornire prova della mia età, reddito, residenza, stato Medicare o eventuale iscrizione a uno dei piani di assistenza farmaceutica Medicare Parte D. So inoltre che devo iscrivermi a un programma di assistenza farmaceutica Medicare Parte D per poter usufruire del servizio EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, servizio di copertura assicurativa farmaceutica per gli anziani). Sono consapevole che la mancata trasmissione dei dati identificativi necessari per l'iscrizione a un programma Parte D, o ai sussidi Medicare (sussidio straordinario o Extra Help), laddove io risulti idoneo/a, può comportare la cessazione del diritto alla copertura EPIC. Autorizzo lo scambio di tutti i dati, necessari a verificare la mia idoneità, tra EPIC, la Social Security Administration (Amministrazione della previdenza sociale), Medicare, il programma Medicaid dello Stato di New York, il NYS Tax Department (Ufficio imposte dello Stato di New York), i programmi di assistenza farmaceutica Medicare Parte D e altri enti, eventualmente interessati in base alla necessità. In caso di doppia ricezione o di eccedenza di pagamento da parte di EPIC, cedo a EPIC gli eventuali benefici di copertura farmaceutica cui possa avere diritto ai sensi di un qualsiasi programma Parte D o altro programma governativo. Autorizzo i miei operatori sanitari a trasmettere a EPIC i miei dati medici concernenti le prescrizioni e/o le diagnosi, da utilizzare per i pagamenti, le verifiche o altri servizi medico-sanitari correlati.

Il/La richiedente (e il suo coniuge, se convivente) deve firmare sotto:

Firma del richiedente (rappresentante legale)

Data

Firma del coniuge (rappresentante legale)

Data

Autorizzazione (FACOLTATIVA): autorizzo EPIC a divulgare i miei dati ai seguenti individui/familiari che si occupano della mia assistenza sanitaria, in funzione delle necessità, per seguire gli sviluppi riguardanti i benefici EPIC.

Nomi in stampatello

Il modulo compilato deve essere inviato a: **EPIC**
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018
o trasmesso via fax al numero: **(518) 452-3576**



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

e **Medicare**
Insieme per voi

Reddito annuo		Canone annuo
Fino a \$6,000		\$8
\$ 6,001 – \$ 7,000		\$16
\$ 7,001 – \$ 8,000		\$22
\$ 8,001 – \$ 9,000		\$28
\$ 9,001 – \$10,000		\$36
\$10,001 – \$11,000		\$40
\$11,001 – \$12,000		\$46
\$12,001 – \$13,000		\$54
\$13,001 – \$14,000		\$60
\$14,001 – \$15,000		\$80
\$15,001 – \$16,000		\$110
\$16,001 – \$17,000		\$140
\$17,001 – \$18,000		\$170
\$18,001 – \$19,000		\$200
\$19,001 – \$20,000		\$230
Oltre \$20,000		Vedere Piano a franchigia

Cellibe/Nubile

Reddito annuo complessivo		Canone annuo (individuale)
Fino a \$ 6,000		\$ 8
\$ 6,001 – \$ 7,000		\$12
\$ 7,001 – \$ 8,000		\$16
\$ 8,001 – \$ 9,000		\$20
\$ 9,001 – \$10,000		\$24
\$10,001 – \$11,000		\$28
\$11,001 – \$12,000		\$32
\$12,001 – \$13,000		\$36
\$13,001 – \$14,000		\$40
\$14,001 – \$15,000		\$40
\$15,001 – \$16,000		\$84
\$16,001 – \$17,000		\$106
\$17,001 – \$18,000		\$126
\$18,001 – \$19,000		\$150
\$19,001 – \$20,000		\$172
\$20,001 – \$21,000		\$194
\$21,001 – \$22,000		\$216
\$22,001 – \$23,000		\$238
\$23,001 – \$24,000		\$260
\$24,001 – \$25,000		\$275
\$25,001 – \$26,000		\$300
Oltre \$26,000		Vedere Piano a franchigia

Coniugato/a



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

e **Medicare**
Insieme per voi

Piani per le aliquote EPIC

Piano a franchigia

Aree ombreggiate - La franchigia EPIC sarà inferiore all'importo indicato.

	Reddito annuo	Franchigia annua		Reddito annuo complessivo	Franchigia annua (individuale)		Reddito annuo complessivo	Franchigia annua (individuale)
Celibe/Nubile	Inferiore a \$20,000	Vedere Piano a canone		Inferiore a \$26,000	Vedere Piano a canone		Inferiore a \$26,000	Vedere Piano a canone
	\$20,001 – \$21,000	\$530		\$26,001 – \$27,000	\$650		\$63,001 – \$64,000	\$2,135
	\$21,001 – \$22,000	\$550		\$27,001 – \$28,000	\$675		\$64,001 – \$65,000	\$2,165
	\$22,001 – \$23,000	\$580		\$28,001 – \$29,000	\$700		\$65,001 – \$66,000	\$2,195
	\$23,001 – \$24,000	\$720		\$29,001 – \$30,000	\$725		\$66,001 – \$67,000	\$2,225
	\$24,001 – \$25,000	\$750		\$30,001 – \$31,000	\$900		\$67,001 – \$68,000	\$2,255
	\$25,001 – \$26,000	\$780		\$31,001 – \$32,000	\$930		\$68,001 – \$69,000	\$2,285
	\$26,001 – \$27,000	\$810		\$32,001 – \$33,000	\$960		\$69,001 – \$70,000	\$2,315
	\$27,001 – \$28,000	\$840		\$33,001 – \$34,000	\$990		\$70,001 – \$71,000	\$2,345
	\$28,001 – \$29,000	\$870		\$34,001 – \$35,000	\$1,020		\$71,001 – \$72,000	\$2,375
	\$29,001 – \$30,000	\$900		\$35,001 – \$36,000	\$1,050		\$72,001 – \$73,000	\$2,405
	\$30,001 – \$31,000	\$930		\$36,001 – \$37,000	\$1,080		\$73,001 – \$74,000	\$2,435
	\$31,001 – \$32,000	\$960		\$37,001 – \$38,000	\$1,110		\$74,001 – \$75,000	\$2,465
	\$32,001 – \$33,000	\$1,160		\$38,001 – \$39,000	\$1,140		\$75,001 – \$76,000	\$2,495
	\$33,001 – \$34,000	\$1,190		\$39,001 – \$40,000	\$1,170		\$76,001 – \$77,000	\$2,525
	\$34,001 – \$35,000	\$1,230		\$40,001 – \$41,000	\$1,200		\$77,001 – \$78,000	\$2,555
	\$35,001 – \$36,000	\$1,260		\$41,001 – \$42,000	\$1,230		\$78,001 – \$79,000	\$2,585
	\$36,001 – \$37,000	\$1,290		\$42,001 – \$43,000	\$1,260		\$79,001 – \$80,000	\$2,615
	\$37,001 – \$38,000	\$1,320		\$43,001 – \$44,000	\$1,290		\$80,001 – \$81,000	\$2,645
	\$38,001 – \$39,000	\$1,350		\$44,001 – \$45,000	\$1,320		\$81,001 – \$82,000	\$2,675
	\$39,001 – \$40,000	\$1,380		\$45,001 – \$46,000	\$1,575		\$82,001 – \$83,000	\$2,705
	\$40,001 – \$41,000	\$1,410		\$46,001 – \$47,000	\$1,610		\$83,001 – \$84,000	\$2,735
	\$41,001 – \$42,000	\$1,440		\$47,001 – \$48,000	\$1,645		\$84,001 – \$85,000	\$2,765
	\$42,001 – \$43,000	\$1,470		\$48,001 – \$49,000	\$1,680		\$85,001 – \$86,000	\$2,795
	\$43,001 – \$44,000	\$1,500		\$49,001 – \$50,000	\$1,715		\$86,001 – \$87,000	\$2,825
	\$44,001 – \$45,000	\$1,530		\$50,001 – \$51,000	\$1,745		\$87,001 – \$88,000	\$2,855
	\$45,001 – \$46,000	\$1,560		\$51,001 – \$52,000	\$1,775		\$88,001 – \$89,000	\$2,885
	\$46,001 – \$47,000	\$1,590		\$52,001 – \$53,000	\$1,805		\$89,001 – \$90,000	\$2,915
	\$47,001 – \$48,000	\$1,620		\$53,001 – \$54,000	\$1,835		\$90,001 – \$91,000	\$2,945
	\$48,001 – \$49,000	\$1,650		\$54,001 – \$55,000	\$1,865		\$91,001 – \$92,000	\$2,975
	\$49,001 – \$50,000	\$1,680		\$55,001 – \$56,000	\$1,895		\$92,001 – \$93,000	\$3,005
	\$50,001 – \$51,000	\$1,710		\$56,001 – \$57,000	\$1,925		\$93,001 – \$94,000	\$3,035
	\$51,001 – \$52,000	\$1,740		\$57,001 – \$58,000	\$1,955		\$94,001 – \$95,000	\$3,065
	\$52,001 – \$53,000	\$1,770		\$58,001 – \$59,000	\$1,985		\$95,001 – \$96,000	\$3,095
	\$53,001 – \$54,000	\$1,800		\$59,001 – \$60,000	\$2,015		\$96,001 – \$97,000	\$3,125
	\$54,001 – \$55,000	\$1,830		\$60,001 – \$61,000	\$2,045		\$97,001 – \$98,000	\$3,155
	\$55,001 – \$56,000	\$1,860		\$61,001 – \$62,000	\$2,075		\$98,001 – \$99,000	\$3,185
	\$56,001 – \$57,000	\$1,890		\$62,001 – \$63,000	\$2,105		\$99,001 – \$100,000	\$3,215
	\$57,001 – \$58,000	\$1,920					Oltre \$100,000	Non idoneo
	\$58,001 – \$59,000	\$1,950						
	\$59,001 – \$60,000	\$1,980						
	\$60,001 – \$61,000	\$2,010						
	\$61,001 – \$62,000	\$2,040						
	\$62,001 – \$63,000	\$2,070						
	\$63,001 – \$64,000	\$2,100						
	\$64,001 – \$65,000	\$2,130						
	\$65,001 – \$66,000	\$2,160						
	\$66,001 – \$67,000	\$2,190						
	\$67,001 – \$68,000	\$2,220						
	\$68,001 – \$69,000	\$2,250						
\$69,001 – \$70,000	\$2,280							
\$70,001 – \$71,000	\$2,310							
\$71,001 – \$72,000	\$2,340							
\$72,001 – \$73,000	\$2,370							
\$73,001 – \$74,000	\$2,400							
\$74,001 – \$75,000	\$2,430							
	Oltre \$75,000	Non idoneo						