



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

y Medicare trabajando juntos

¿Qué es EPIC?

El programa Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores) (EPIC, por sus siglas en inglés) es un programa del Estado de Nueva York administrado por el Departamento de Salud. Proporciona ayuda con copagos a los adultos mayores para los medicamentos con receta médica cubiertos por la Parte D de Medicare **después de cubrir cualquier deducible de la Parte D**. EPIC también cubre varios medicamentos excluidos de la Parte D de Medicare.

- **Plan de tarifas** los miembros pagan una tarifa anual a EPIC con base en su ingreso. Los copagos de EPIC van desde \$3 hasta \$20 con base en el costo del medicamento. A las personas con Full Extra Help (Ayuda adicional completa) de Medicare se les exonera la tarifa de EPIC.
- **Plan de deducible** los miembros deben pagar un deducible de desembolso directo anual basado en sus ingresos antes de pagar los copagos de EPIC por medicamentos.

EPIC también paga las primas del plan de la Parte D de Medicare, hasta por el monto de un plan básico, para los miembros con ingresos anuales menores de \$23,000 si es soltero, o \$29,000 si es casado.

Las personas con ingresos mayores deben pagar sus primas del plan de la Parte D.

- Para ayudarles a pagar, su deducible de EPIC se reduce por el costo anual de un plan básico de la Parte D de Medicare.
- Los deducibles de EPIC para los ingresos en las áreas sombreadas en el programa del Plan de deducible serán menores que las cantidades que se muestran.

¿Quiénes pueden inscribirse?

- Un residente del Estado de Nueva York de 65 años de edad o mayor con ingresos anuales de hasta \$75,000, si es soltero, o \$100,000, si es casado.
- Un adulto mayor elegible con un plan Deducible de Medicaid que no reciba los beneficios completos de Medicaid.

Inscripción en la Parte D de Medicare

Todos los miembros de EPIC deben tener la Parte D para poder recibir los beneficios de EPIC. Debido a que EPIC es un programa calificado de Asistencia farmacéutica del estado, los miembros pueden unirse a un plan de la Parte D durante el año una vez que se inscriban en EPIC. También pueden cambiar su plan de la Parte D de Medicare una vez durante el año.

¡“Extra Help” puede ahorrar dinero!

Si EPIC determina que un adulto mayor puede ser elegible para Extra Help, EPIC enviará por correo un formulario Request for Additional Information (Solicitud de Información Adicional) (RFAI, por sus siglas en inglés). A continuación, por ley, se le solicita al adulto mayor que proporcione información adicional para obtener cobertura de EPIC.

- Los adultos mayores que ya reciben Extra Help pueden enviar una copia de su carta de determinación de la Administración del Seguro Social con su formulario.
- Si se aprueba en su totalidad Extra Help, el adulto mayor tendrá menores copagos y no tendrá una brecha de cobertura de la Parte D de Medicare. Medicare y EPIC pagarán todo o la mayor parte de la prima del plan mensual de la Parte D.
- EPIC usará la información en el formulario RFAI para solicitar Extra Help en nombre del adulto mayor y no se usará para la determinación de EPIC.

Cómo solicitar

- Complete la solicitud, fírmela y envíela por correo a la siguiente dirección.
- Presente su solicitud en forma separada o los cónyuges que viven juntos pueden usar el mismo formulario.
- Reporte el ingreso total para usted y su cónyuge, si viven juntos (incluso si solo uno está presentando solicitud) y ambos deben firmar el formulario.

Para obtener más información llame sin costo a la Línea de ayuda de EPIC al **1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**

Descargue una solicitud en: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm *elija la versión del idioma o escriba a:*

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, New York 12212-5018



y Medicare
trabajando juntos

Solicitud

¡Escriba claramente con letra de molde!

¿Quién está solicitando? Usted **solamente** Usted **y su cónyuge**

Su apellido			Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social
Nombre a/c (si es distinto al de arriba)					<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Dirección en donde vive (no Apartado postal)					Su fecha de nacimiento
Ciudad			Estado	Código postal	Mes / Día / Año
Dirección en donde recibe el correo postal (si es diferente a la anterior)					Su número de teléfono
Ciudad			Estado	Código postal	Número del código de área ()
Nombre del cónyuge (si vive)					Estado civil
Apellido			Nombre	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Viudo(a), Soltero(a) o Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), viviendo separados
Nombre del cónyuge (si vive)					Número de Seguro Social del cónyuge
Apellido			Nombre	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Viudo(a), Soltero(a) o Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), viviendo separados
Nombre del cónyuge (si vive)					Fecha de nacimiento del cónyuge
Apellido			Nombre	Inicial del segundo nombre	Mes / Día / Año

Escriba su número de reclamo de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) _____

Escriba el número de reclamo de Medicare de su cónyuge (tarjeta roja, blanca y azul) _____

(Dele la vuelta y llene el otro lado)

NEED HELP? CALL TOLL-FREE: 1-800-332-3742
¿NECESITA AYUDA? LLAME AL: 1-800-332-3742

Reporte sus ingresos totales para el año calendario anterior.

- Si están casados y viven juntos, debe reportar los ingresos anuales combinados suyos y de su cónyuge, incluso si solamente uno de ustedes está presentando la solicitud. Si están casados pero viven separados, reporte solamente sus ingresos anuales.
- Multiplique los montos mensuales por 12 para obtener los ingresos anuales.

	Sus ingresos anuales	Ingresos anuales del cónyuge
1. Beneficios del Seguro social o de Jubilación para ferroviarios (menos las primas de la Parte B de Medicare) que se le paguen por cheque o depósito directo.	\$ _____	\$ _____
2. Otros ingresos: Incluya pensiones, rentas vitalicias, intereses, dividendos, distribuciones de IRA, ganancias de capital, salarios, ingresos o pérdidas de negocios, ingreso neto de rentas, etc.	\$ _____	\$ _____
3. TOTAL DE INGRESOS ANUALES (Agregue líneas 1 y 2)	\$ _____	\$ _____

Lea atentamente y firme a continuación:

Certifico que la información de este formulario es correcta. Vivo en el Estado de Nueva York y actualmente no estoy recibiendo los beneficios completos de Medicaid. Estoy enterado de que se requiere que proporcione un comprobante de mi edad, ingresos, residencia, estado de Medicare y plan de medicamentos de la Parte D de Medicare, si hubiere. También sé que debo inscribirme en un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare para estar inscrito en EPIC. Entiendo que no proporcionar la información de identificación necesaria para inscribirse en un plan de la Parte D o el subsidio de Medicare (Extra Help), si se es elegible, puede ocasionar la terminación de la cobertura de EPIC. Doy mi consentimiento para intercambiar toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad entre EPIC, la Administración del Seguro Social, Medicare, el Programa Medicaid del Estado de Nueva York, el Departamento Fiscal del Estado de Nueva York, los planes de medicamentos de la Parte D de Medicare y cualquier otra entidad necesaria. En el caso de duplicado o exceso de pago por parte de EPIC, asigno a EPIC cualquier beneficio de medicamentos al cual pueda tener derecho bajo cualquier plan gubernamental o de la Parte D. Autorizo a mis proveedores de atención médica a divulgar al programa EPIC mi información médica relacionada con recetas médicas o diagnóstico para que la utilicen para las operaciones de pago, auditoría o aquellas relacionadas con la atención médica.

Usted (y su cónyuge, si viven juntos) debe(n) firmar a continuación:

Su firma (representación legal)

Fecha

Firma de su cónyuge (representación legal)

Fecha

Autorización (OPCIONAL): Acepto que EPIC pueda divulgar mi información a las siguientes personas/familiares involucrados en mi atención médica según sea necesario para procesar mis beneficios de EPIC.

Escriba los nombres en letra de molde

Envíe por correo este
formulario completo a:

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018

o envíelo por fax a: (518) 452-3576



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

y Medicare
trabajando juntos

Soltero(a)	Ingreso anual	Tarifa anual
	Hasta \$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	
Más de \$20,000	Consulte Plan de deducible	

Soltero(a)	Ingresos anuales conjuntos	Tarifa anual (Cada persona)
	Hasta \$ 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	
Más de \$26,000	Consulte Plan de deducible	



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

y Medicare
trabajando juntos

Programas de tarifas de EPIC

Programa del plan de deducible

Áreas sombreadas. Su deducible de EPIC será menor al monto que se muestra.

	Ingreso anual	Anual Deducible		Ingresos anuales conjuntos	Anual Deducible (Cada persona)		Ingresos anuales conjuntos	Anual Deducible (Cada persona)
		Menos de \$20,000		Consulte el plan de tarifas			Menos de \$26,000	Consulte el plan de tarifas
Soltero(a)	\$20,001 – \$21,000	\$530	Soltero(a)	\$26,001 – \$27,000	\$650	Soltero(a)	\$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	\$990		\$38,001 – \$39,000	\$1,140		\$75,001 – \$76,000	\$2,495
	\$33,001 – \$34,000	\$1,160		\$39,001 – \$40,000	\$1,170		\$76,001 – \$77,000	\$2,525
	\$34,001 – \$35,000	\$1,190		\$40,001 – \$41,000	\$1,200		\$77,001 – \$78,000	\$2,555
	\$35,001 – \$36,000	\$1,230		\$41,001 – \$42,000	\$1,230		\$78,001 – \$79,000	\$2,585
	\$36,001 – \$37,000	\$1,260		\$42,001 – \$43,000	\$1,260		\$79,001 – \$80,000	\$2,615
	\$37,001 – \$38,000	\$1,290		\$43,001 – \$44,000	\$1,290		\$80,001 – \$81,000	\$2,645
	\$38,001 – \$39,000	\$1,320		\$44,001 – \$45,000	\$1,320		\$81,001 – \$82,000	\$2,675
	\$39,001 – \$40,000	\$1,350		\$45,001 – \$46,000	\$1,350		\$82,001 – \$83,000	\$2,705
	\$40,001 – \$41,000	\$1,380		\$46,001 – \$47,000	\$1,380		\$83,001 – \$84,000	\$2,735
	\$41,001 – \$42,000	\$1,410		\$47,001 – \$48,000	\$1,410		\$84,001 – \$85,000	\$2,765
	\$42,001 – \$43,000	\$1,440		\$48,001 – \$49,000	\$1,440		\$85,001 – \$86,000	\$2,795
	\$43,001 – \$44,000	\$1,470		\$49,001 – \$50,000	\$1,470		\$86,001 – \$87,000	\$2,825
	\$44,001 – \$45,000	\$1,500		\$50,001 – \$51,000	\$1,500		\$87,001 – \$88,000	\$2,855
	\$45,001 – \$46,000	\$1,530		\$51,001 – \$52,000	\$1,530		\$88,001 – \$89,000	\$2,885
	\$46,001 – \$47,000	\$1,560		\$52,001 – \$53,000	\$1,560		\$89,001 – \$90,000	\$2,915
	\$47,001 – \$48,000	\$1,590		\$53,001 – \$54,000	\$1,590		\$90,001 – \$91,000	\$2,945
	\$48,001 – \$49,000	\$1,620		\$54,001 – \$55,000	\$1,620		\$91,001 – \$92,000	\$2,975
	\$49,001 – \$50,000	\$1,650		\$55,001 – \$56,000	\$1,650		\$92,001 – \$93,000	\$3,005
	\$50,001 – \$51,000	\$1,680		\$56,001 – \$57,000	\$1,680		\$93,001 – \$94,000	\$3,035
	\$51,001 – \$52,000	\$1,710		\$57,001 – \$58,000	\$1,710		\$94,001 – \$95,000	\$3,065
	\$52,001 – \$53,000	\$1,740		\$58,001 – \$59,000	\$1,740		\$95,001 – \$96,000	\$3,095
	\$53,001 – \$54,000	\$1,770		\$59,001 – \$60,000	\$1,770		\$96,001 – \$97,000	\$3,125
	\$54,001 – \$55,000	\$1,800		\$60,001 – \$61,000	\$1,800		\$97,001 – \$98,000	\$3,155
	\$55,001 – \$56,000	\$1,830		\$61,001 – \$62,000	\$1,830		\$98,001 – \$99,000	\$3,185
	\$56,001 – \$57,000	\$1,860		\$62,001 – \$63,000	\$1,860		\$99,001 – \$100,000	\$3,215
	\$57,001 – \$58,000	\$1,890			\$1,890			
	\$58,001 – \$59,000	\$1,920			\$1,920			
	\$59,001 – \$60,000	\$1,950			\$1,950			
	\$60,001 – \$61,000	\$1,980			\$1,980			
	\$61,001 – \$62,000	\$2,010			\$2,010			
	\$62,001 – \$63,000	\$2,040			\$2,040			
	\$63,001 – \$64,000	\$2,070			\$2,070			
	\$64,001 – \$65,000	\$2,100			\$2,100			
	\$65,001 – \$66,000	\$2,130			\$2,130			
	\$66,001 – \$67,000	\$2,160			\$2,160			
	\$67,001 – \$68,000	\$2,190			\$2,190			
\$68,001 – \$69,000	\$2,220		\$2,220					
\$69,001 – \$70,000	\$2,250		\$2,250					
\$70,001 – \$71,000	\$2,280		\$2,280					
\$71,001 – \$72,000	\$2,310		\$2,310					
\$72,001 – \$73,000	\$2,340		\$2,340					
\$73,001 – \$74,000	\$2,370		\$2,370					
\$74,001 – \$75,000	\$2,400		\$2,400					
Más de \$75,000	No es elegible							
				Más de \$100,000	No es elegible			