

Couverture Medicare de Fournitures, services et programmes de prévention du diabète

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

**Ce livret officiel du gouvernement contient
des renseignements importants sur :**

- Ce qui est couvert ?
- Méthodes pour rester en bonne santé
- Où obtenir plus d'informations.



Les informations contenues dans cette brochure décrivent le programme Medicare au moment de l'impression de cette brochure. Des modifications peuvent survenir après l'impression. Visitez le site [Web Medicare.gov](http://Web.Medicare.gov) ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour obtenir les informations les plus récentes. Les utilisateurs d'ATS sont priés de composer le 1-877-486-2048.

« La couverture par Medicare des fournitures, services et programmes de prévention du diabète » n'est pas un document juridique. Assistance juridique sur le programme officiel de Medicare indiquée dans les lois concernées, les réglementations et la jurisprudence.

Table des matières

Introduction	4
Section 1 : La couverture d'assurance-maladie Medicare pour le diabète en un coup d'œil	5
Section 2 : La partie B de Medicare - Couverture des fournitures du diabète	9
L'autotest de la Glycémie - Son matériel et ses fournitures	10
Les pompes à insuline	13
Les chaussures thérapeutiques ou les encarts	13
Le remplacement du matériel durables perdu ou endommagé ou des fournitures médicales dans une catastrophe ou une situation d'urgence. . .	14
Section 3 : Couverture des médicaments de Medicare pour le diabète	15
L'insuline	16
Les médicaments contre le diabète	16
Les fournitures diabétiques	17
Section 4 : Medicare des dépistages et services liés au diabète	19
Dépistages du diabète	20
Programme de prévention du diabète de Medicare	20
Formation à l'autogestion du diabète	21
Services de thérapie nutritionnelle médicale	24
Examens pour les pieds et traitement	25
Tests d'hémoglobine A1C	25
Tests de dépistage du glaucome	25
« Bienvenue à la Medicare » - Visite préventif	26
Visite annuelle de santé « bien-être »	26
Fournitures et services qui ne sont pas couverts par Medicare	26
Section 5 : Conseils utiles et ressources	27
Les numéros de téléphone et de sites web	28



Introduction

Cette brochure explique la couverture par Medicare des fournitures et des services pour le diabète avec le Medicare Original et avec l'assurance-maladie Medicare - (Partie D).

Medicare est le programme fédéral d'assurance maladie destiné aux personnes âgées de 65 ans ou plus, à certaines personnes handicapées de moins de 65 ans et aux personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale (insuffisance rénale permanente nécessitant une dialyse ou une transplantation, également appelée IRT(ESRD)).

La Medicare originale inclut la partie A (assurance hospitalisation) et la partie B (assurance médicale). Vous pouvez rejoindre un régime Medicare séparé de couverture des médicaments sur ordonnance (partie D). Medicare couvre la plupart — mais pas la totalité — des coûts des services et prod de soins de santé approuvés.

Medicare Advantage (également connu sous le nom de partie C) est un plan approuvé par Medicare et proposé par une société privée qui offre une alternative à Original Medicare pour votre couverture médicale et pharmaceutique. Ces plans “regroupés” comprennent la partie A, la partie B et habituellement la couverture des médicaments de Medicare (partie D).

Il peut être utile de comprendre ces termes au fur et à mesure que vous lisez cette brochure :

La coassurance : Un montant que vous pourriez être tenu de payer votre part du coût des services après que vous payez toute franchise. La coassurance est généralement un pourcentage (par exemple, 20 % du coût total).

Le copaiement (quote-part) : Un montant vous pourriez être tenu de payer comme votre part du coût pour un service médical ou d'approvisionnement, comme une visite chez le médecin, une visite à l'hôpital externe, ou des médicaments sur ordonnance. Une quote-part est habituellement un montant fixe, au lieu d'un pourcentage. Par exemple, vous pourriez payer \$10 ou \$20 pour une visite chez le médecin ou une ordonnance.

Les déductibles : C'est le montant que vous devez payer pour les soins de santé ou les ordonnances, avant que, Medicare Original, votre plan de médicaments délivrés sur ordonnance ou votre autre assurance ne commence à payer..

Équipement médical permanent : Certains équipements médicaux, tels qu'un déambulateur, un fauteuil roulant ou un lit d'hôpital, qui sont prescrits par votre médecin pour être utilisés à domicile.

Le Medicare - Montant approuver : Dans Original Medicare, il s'agit du montant qui peut être payé à un médecin ou un fournisseur qui accepte une cession. La **cession** est une entente par laquelle votre médecin, votre fournisseur s'engage à être payé directement par Medicare, à accepter le montant que Medicare approuve pour le service, et à ne pas vous facturer plus que la franchise et la coassurance de l'Assurance-maladie. Cela peut être inférieur au montant facturé par un médecin ou un fournisseur. Medicare paie une partie de ce montant et vous êtes responsable de la différence.

SECTION

1 La couverture d'assurance-maladie Medicare pour le diabète en un coup d'œil

Le tableau des pages 6 à 8 donne un aperçu rapide de certains services et fournitures pour diabétiques couverts par Medicare Part B (Assurance maladie) et la couverture des médicaments de Medicare (partie D).

Généralement, la partie B couvre les services pouvant affecter les personnes atteintes de diabète. La partie B couvre également certains services préventifs destinés aux personnes à risque de diabète. Vous devez avoir la partie B pour obtenir les services et fournitures couverts par la partie B.

La partie D couvre les fournitures pour diabétiques utilisées pour administrer des doses d'insuline. Vous devez adhérer à l'assurance Medicare pour obtenir les fournitures couvertes par la partie D.

Fourniture/ service	Ce qui est couvert ?	Que payez-vous ?
Les médicaments contre le diabète voir à la page 16	La Partie D couvre les médicaments antidiabétiques pour le maintien de la glycémie (glucose).	La coassurance ou le paiement d'une quote-part. La partie D déductibles peut également s'appliquer.
Dépistages du diabète voir à la page 20	La partie B de couvre ces dépistages si votre médecin détermine que vous êtes à risque de diabète. Vous pouvez bénéficier d'un maximum de deux tests de dépistage du diabète par an.	Aucune coassurance, le paiement d'une quote-part, ou la partie B déductibles.
Programme de prévention du diabète de Medicare voir aux pages 20 à 21	La partie B concerne un programme à vie visant à modifier les comportements en matière de santé pour vous aider à prévenir le diabète.	Rien pour ces services si vous êtes admissible.
Formation concernant l'autogestion du diabète voir aux pages 21 à 24	La partie B couvre les services de formation à la prise en charge autonome du diabète destinés aux personnes récemment diagnostiquées avec le diabète ou à risque de complications liées au diabète. Pour que Medicare couvre ces services, votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé doit l'ordonner, et une personne ou un programme agréé doit fournir les services.	20 % du montant-approuvé Medicare, après la partie B annuelle déductibles.
Équipement et fournitures pour le diabète voir aux pages 10 à 13	La partie B couvre les glucomètres à domicile et les fournitures que vous utilisez avec le matériel, y compris les bandelettes de test de glycémie, les appareils à lancettes et les lancettes. Il peut y avoir des limites quant à la quantité ou à la fréquence à laquelle vous obtenez ces fournitures. La partie B couvre également les pompes à insuline considérées comme des équipements médicaux durables.	20% du montant de Medicare approuvé après la partie B annuelle déductible. À compter du 1er juillet 2023 , si vous prenez de l'insuline à l'aide d'une pompe traditionnelle couverte par la prestation d'équipement médical durable de Medicare, vous ne paierez pas plus de \$35 pour une réserve d'insuline d'un mois. La franchise de la partie B ne s'applique pas.

Fourniture/ service	Ce qui est couvert ?	Que payez-vous ?
<p>Les fournitures diabétiques voir à la page 17</p>	<p>La partie D couvre certaines fournitures médicales nécessaires à l'administration de l'insuline (telles que les seringues, les aiguilles, les tampons d'alcool, la gaze et les dispositifs de pompe à insuline qui ne sont pas couverts par la partie B de la garantie relative aux équipements médicaux durables).</p>	<p>La coassurance ou le paiement d'une quote-part.</p> <p>La partie D, des déductibles peuvent également s'appliquer.</p>
<p>La grippe et vaccination contre le pneumocoque voir à la page 26</p>	<p>La grippe - our aider à prévenir l'influenza ou le virus de la grippe. La partie B couvre ce vaccin une fois par saison de grippe, en automne ou en hiver, pour aider à prévenir la grippe ou le virus de la grippe.</p> <p>Vaccin pneumocoque - La Partie B couvre cette injection pour aider à prévenir les infections pneumococciques (comme certains types de pneumonie).</p>	<p>Aucune coassurance, copaiement, ou partie B déductibles si votre médecin ou fournisseur de soins de santé accepte l'affectation.</p>
<p>Examens pour les pieds et traitement voir à la page 25</p>	<p>La partie B couvre un examen du pied tous les 6 mois si vous êtes atteints de neuropathie périphérique diabétique et de perte de sensation protectrice, tant qu'elles n'ont pas consulté un professionnel des soins du pied pour une autre raison entre les visites.</p>	<p>20% du montant de Medicare approuvé après la partie B annuelle déductible.</p>
<p>Tests de dépistage du glaucome voir à la page 25</p>	<p>La partie B couvre ce test tous les 12 mois si vous êtes à risque élevé de glaucome. Un médecin légalement autorisé par l'État doit effectuer le test.</p>	<p>20% du montant de Medicare approuvé après la partie B annuelle déductible.</p>
<p>L'insuline voir à la page 16</p>	<p>La Partie D couvre l'insuline qui n'est pas administré avec une pompe à insuline.</p>	<p>Le coût d'un stock d'un mois de chaque insuline couverte par la partie D est limité à \$35. Vous n'avez pas à payer de franchise.</p>

Fourniture/ service	Ce qui est couvert ?	Que payez-vous ?
Les pompes à insuline voir à la page 13	La partie B couvre les pompes à insuline durables externes et l'insuline que la pompe utilise au titre de l'équipement médical durable si vous remplissez certaines conditions.	20% du montant de Medicare approuvé après la partie B annuelle déductible. À compter du 1er juillet 2023 , si vous prenez de l'insuline à l'aide d'une pompe traditionnelle couverte par la prestation d'équipement médical durable de Medicare, vous ne paierez pas plus de \$35 pour une réserve d'insuline d'un mois. La franchise de la partie B ne s'applique pas.
Les Services de thérapie de nutrition médicale voir aux pages 24 à 25	La partie B peut couvrir la thérapie nutritionnelle médicale et certains services connexes si vous avez le diabète ou une maladie rénale. Votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé doit vous référer à ces services.	Aucune coassurance, copaiement, ou partie B déductibles si votre médecin ou fournisseur de soins de santé accepte l'affectation.
Les chaussures thérapeutiques ou ses encarts voir à la page 13 à 14	La partie B couvre les chaussures ou semelles thérapeutiques si vous êtes diabétique et souffrez d'une grave maladie du pied diabétique.	20% du montant de Medicare approuvé après la partie B annuelle déductible.
« Bienvenue à Medicare - Visite préventif » voir à la page 26	Au cours des 12 premiers mois de la Partie B, Medicare couvre un examen unique de votre état de santé, ainsi que des services d'éducation et de counseling sur les services préventifs, notamment certains dépistages, injections et références pour des soins supplémentaires, si nécessaire.	Aucune coassurance, copaiement, ou partie B déductibles si votre médecin ou fournisseur de soins de santé accepte l'affectation.
Visite santé annuelle de « bien-être » voir à la page 26	Consultation annuelle de « bien-être »— Si vous bénéficiez de la Partie B depuis plus de 12 mois, vous êtes admissible à une consultation annuelle de bien-être afin d'établir ou de mettre à jour un plan de prévention personnalisé en fonction de votre santé et de vos facteurs de risque actuels.	Aucune coassurance, copaiement, ou partie B déductibles si votre médecin ou fournisseur de soins de santé accepte l'affectation. Si vous avez eu une visite « Bienvenue à Medicare », vous devrez attendre 12 mois avant de pouvoir obtenir votre première visite annuelle « Bien-être ».

SECTION

La partie B de Medicare - Couverture des fournitures du diabète

2

Cette section fournit des informations sur la partie B (assurance médicale) et sa couverture des fournitures pour diabétiques. Medicare couvre certaines fournitures si vous êtes diabétique et la partie B, y compris :

- **Équipement et fournitures d'autotest de glycémie.**
Voir aux pages 10 à 12.
- **Pompes à insuline.** Voir à la page 13.
- **Chaussures ou semelles thérapeutiques.**
Voir aux pages 13 à 14.

L'autotest de la Glycémie - Son matériel et ses fournitures

La partie B couvre les équipements et fournitures d'auto-test de la glycémie (également appelée glycémie) en tant qu'équipements médicaux durables.

Les fournitures d'autotest comprennent :

- **Des moniteurs de glycémie**
- **Des bandelettes de test de glycémie**
- **Des appareils à lancettes et des lancettes**
- Des **solutions de contrôle du glucose** pour contrôler la précision des équipements de test et des bandelettes réactives

Cependant, le montant des fournitures que la partie B couvre varie.

- Si vous utilisez de l'insuline, vous pourrez peut-être obtenir jusqu'à 300 bandelettes réactives et 300 lancettes tous les 3 mois.
- Si vous utilisez de l'insuline, vous pourrez peut-être obtenir jusqu'à 100 bandelettes réactives et 100 lancettes tous les 3 mois.

Si votre médecin vous affirme que cela est médicalement nécessaire et que vous remplissez d'autres conditions, **Medicare vous permettra d'obtenir des bandes de test ainsi que des lancettes supplémentaires**. Vous devrez peut-être conserver un enregistrement indiquant la fréquence à laquelle vous vous testez réellement.

Medicare peut couvrir un moniteur de glucose en continu (récepteur) et les fournitures connexes (capteurs et transmetteurs) si votre médecin déclare que vous remplissez toutes les conditions requises pour bénéficier de la couverture Medicare.

Ces conditions incluent la nécessité de :

- Contrôler fréquemment votre glycémie (4 fois par jour ou plus), et
- Ou d'utiliser une pompe à insuline ou recevoir au moins 3 injections d'insuline par jour.

Vous devez également effectuer des visites de routine en personne avec votre médecin.

Si vous avez des questions sur les fournitures pour diabétiques, consultez le site [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage). Vous pouvez également appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS doivent composer le numéro 1-877-486-2048.

L'autotest de la Glycémie - Son matériel et ses fournitures (suite)

De quoi ai-je besoin de mon médecin pour obtenir ces fournitures couvertes?

Medicare ne couvrira que votre taux de sucre dans le sang de l'autotest de matériel et de fournitures si vous obtenez une ordonnance de votre médecin. L'ordonnance doit inclure :

- Si vous avez du diabète.
- Quel type de moniteur de glycémie dont vous avez besoin et pourquoi vous en avez besoin. (Si vous avez besoin d'un moniteur spécial en raison de problèmes de vision, votre médecin doit expliquer.)
- Si vous prenez de l'insuline.
- À quelle fréquence vous devez tester votre taux de sucre dans le sang.
- Combien de bandelettes de test et les lancettes dont vous avez besoin pour un mois.

Gardez cela en tête :

- Vous devez demander pour des recharges pour vos fournitures.
- Vous avez besoin d'une nouvelle prescription de votre médecin pour vos lancettes et bandelettes de test tous les 12 mois.

Où puis-je obtenir ces fournitures?

- Vous pouvez commander et acheter vos consommables à votre pharmacie.
- Vous pouvez commander vos fournitures à partir d'un fournisseur d'équipement médical. Généralement, un « fournisseur » est toute entreprise, personne ou organisme qui vous donne un article ou un service médical, sauf lorsque vous êtes hospitalisé dans un hôpital ou dans un établissement de soins spécialisés. Si vous obtenez vos fournitures de cette façon, vous devez placer l'ordre vous-même. Vous aurez besoin d'une prescription de votre médecin pour placer votre commande, mais votre médecin ne peut pas commander les fournitures pour vous.

Quel fournisseur ou la pharmacie devrais-je utiliser?

Vous devez obtenir les fournitures dans une pharmacie ou un fournisseur qui est inscrit dans Medicare. Si vous allez à un pharmacien ou à un fournisseur qui n'est pas enrôlé dans Medicare, Medicare ne paiera pas. **Vous aurez à payer la facture en tout entière pour les approvisionnements en provenance de pharmacies non-inscrits ou de fournisseurs non scolarisés.**

Avant d'obtenir un approvisionnement il est important de demander au fournisseur ou la pharmacie ces questions :

- Vous êtes inscrit au Medicare ?
- Acceptez-vous l'affectation?

Si la réponse à l'une de ces 2 questions est « non », vous devez appeler un autre fournisseur ou une autre pharmacie de votre région qui répond « oui » pour être sûr que Medicare couvre votre achat et pour vous faire économiser de l'argent.

L'autotest de la Glycémie - Son matériel et ses fournitures (suite)

Pour trouver un fournisseur inscrit à Medicare, visitez visit.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers. Ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs ATS doivent appeler le 1-877-486-2048.

Remarque : Medicare ne paiera pas pour toutes les fournitures que vous n'avez pas demandées, ou des fournitures qui vous ont été envoyés automatiquement aux fournisseurs, y compris les moniteurs de sucre dans le sang, bandelettes de test et les lancettes. Si vous obtenez des fournitures qui vous sont envoyés automatiquement, entraînant d'obtenir des publicités qui sont trompeuses, ou frauduleuse et suspect concernant vos fournitures du diabète, composez le 1-800-MEDICARE.

Qui est responsable de la présentation des demandes de remboursement ?

Toutes les pharmacies et tous les fournisseurs inscrits à Medicare doivent présenter des demandes de remboursement pour les glucomètres, les bandelettes de test et les autres articles couverts par la garantie d'équipement médical durable. Vous ne pouvez pas soumettre de réclamation pour un glucomètre ou des bandelettes réactives vous-même.

Qu'est-ce que je dois payer ?

Vous ne payez pas plus que le montant de votre coassurance lorsque vous obtenez vos fournitures d'une pharmacie ou d'un fournisseur qui accepte l'assignation. Si votre pharmacie ou le fournisseur **n'accepte pas** l'affectation, les frais peuvent être plus élevés, et vous pouvez payer plus. Vous pouvez aussi avoir à payer la totalité de la charge de la taxe au moment de la signification, et attendre pour le régime d'assurance-maladie pour vous envoyer sa part des coûts.

Les pompes à insuline

À compter du 1er juillet 2023, le coût d'un mois d'approvisionnement en insuline couvert par la partie B pour votre pompe d'équipement médical durable (DME) ne pourra pas dépasser \$35, et la franchise de la partie B ne s'appliquera pas.

Si vous bénéficiez d'une assurance complémentaire Medicare (Medigap) qui prend en charge la co-assurance de la partie B, cette assurance devrait couvrir les \$35 (ou moins) du coût de l'insuline. Vérifiez auprès de votre assurance si elle prend en charge la coassurance de la partie B.

Si vous utilisez une pompe à insuline à l'extérieur du corps (externe) qui n'est pas jetable, la partie B peut couvrir l'insuline utilisée avec la pompe et couvrir la pompe elle-même en tant que matériel médical. Si vous vivez dans certaines zones du pays, il se peut que vous deviez faire appel à des fournisseurs de pompes à insuline spécifiques pour que Medicare prenne en charge une pompe à insuline durable.

Comment puis-je obtenir une pompe à insuline ?

Si vous avez besoin d'utiliser une pompe à insuline, votre médecin vous la prescrira pour vous.

Remarque : Avec la Medicare d'origine, vous payez 100 % des fournitures liées à l'insuline (comme les seringues, les aiguilles, les tampons d'alcool et la gaze), sauf si vous bénéficiez de la partie D. Pour les pompes, les tubulures et toutes les autres fournitures, vous payez 20 % du montant approuvé par Medicare, après déduction de la franchise annuelle de la partie B.

Les chaussures thérapeutiques ou les encarts

Si vous avez la partie B, avez le diabète, et remplissez certaines conditions (voir à la page 14), Medicare couvre les chaussures thérapeutiques si vous en avez besoin.

Les types de chaussures que la partie B couvre chaque année comprennent **l'un** de ces éléments :

- Une paire de chaussures avec incrustation en profondeur et 3 paires d'embouts/plaquettes
- Une paire de chaussures moulées sur mesure (y compris ses insertions) si vous ne pouvez pas porter des chaussures avec incrustation en profondeur à cause d'une déformation du pied, et 2 paires supplémentaires d'insertions

Remarque : Dans certains cas, Medicare peut également couvrir des insertions distinctes ou de modifications de chaussures au lieu d'insertions.

Les chaussures thérapeutiques ou les encarts (suite)

Comment puis-je obtenir des chaussures thérapeutiques?

Pour que Medicare paye vos chaussures thérapeutiques, le médecin traitant de votre diabète doit attester que vous respectez ces 3 conditions :

1. Vous avez le diabète.
2. Vous avez au moins l'une de ces conditions dans l'un ou les deux pieds :
 - Amputation à pied partiel ou complet
 - Ulcère plantaire dans le passé
 - Les callosités/durillons qui pourraient mener à des ulcères aux pieds
 - Les lésions nerveuses à cause du diabète avec des signes de problèmes avec les durillons
 - Mauvaise circulation
 - Un pied déformé
3. Vous êtes traité en vertu d'un régime de soins globale du diabète et nécessité des insertions thérapeutique dans vos chaussures et/ou à cause du diabète.

Medicare nécessite également :

- Que les chaussures soient prescrites par un podologue ou un autre professionnel de la santé qualifié.
- Qu'un médecin ou une autre personne qualifiée, telle qu'un podo-orthésiste, un orthésiste ou un prothésiste ajuste et fournisse les chaussures.

Le remplacement du matériel durables perdu ou endommagé ou des fournitures médicales dans une catastrophe ou une situation d'urgence

Si le régime Medicare Original a déjà payé pour l'équipement médical durable (comme une pompe à insuline traditionnelle) ou des fournitures (comme les fournitures pour diabétiques) endommagés ou perdus en raison d'une urgence ou d'une catastrophe:

- Dans certains cas, Medicare couvrira les frais de réparation ou de remplacement de votre équipement ou fournitures.
- En général, Medicare couvrira également les dépenses de location pour des éléments (tels que des fauteuils roulants) la période pendant laquelle votre équipement est en cours de réparation.

Pour plus d'informations sur l'équipement médical durable et les fournitures pour le diabète, visitez [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Les utilisateurs de TTY peuvent composer le 1-877-486-2048.

SECTION

Couverture des médicaments de Medicare pour le diabète

3

Cette section fournit des informations sur la couverture des médicaments Medicare (partie D) pour les personnes bénéficiant de Medicare qui souffrent ou risquent de souffrir de diabète. Pour obtenir l'assurance médicaments de Medicare, vous devez adhérer à un plan d'assurance médicaments de Medicare ou à un plan Medicare Advantage avec assurance médicaments. Medicare Part D couvre l'insuline, les médicaments antidiabétiques et certaines fournitures liées à l'insuline.

L'insuline

Le coût d'un approvisionnement d'un mois en insuline couvert par la partie D est limité à \$35 et vous n'avez pas à payer de franchise pour l'insuline. Cela concerne toutes les personnes qui prennent de l'insuline, même si vous bénéficiez d'une aide supplémentaire (un programme Medicare destiné à aider les personnes ayant des revenus et des ressources limités à payer les primes, les franchises, les coassurances et autres coûts de la partie D de Medicare). Si vous obtenez une réserve d'insuline de 60 - ou 90 jours, vos coûts ne peuvent pas être supérieurs à \$35 pour chaque réserve mensuelle de chaque insuline couverte. Par exemple, si vous obtenez un approvisionnement de 60 jours d'une insuline couverte par la partie D, vous ne paierez généralement pas plus de \$70.

Si vous prenez de l'insuline, vous pouvez obtenir de l'aide pour comparer les régimes de Medicare ainsi que leurs coûts :

- Contactez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-877-486-2048.
- Contactez votre programme local d'assistance à l'assurance maladie de l'État (State Health Insurance Assistance Program) (SHIP) pour obtenir des conseils personnalisés et gratuits concernant l'assurance maladie.

Remarque : À partir du 1er juillet 2023, des plafonds de coûts similaires s'appliquent à l'insuline utilisée dans les pompes à insuline traditionnelles (couvertes par la partie B).

Les médicaments contre le diabète

La glycémie (glucose) non contrôlée par l'insuline est maintenue par les médicaments antidiabétiques. La partie D de Medicare peut couvrir une variété de médicaments antidiabétiques. Consultez votre plan pour savoir quels sont les médicaments spécifiques couverts.

Les fournitures diabétiques

Les fournitures associées directement à l'administration d'insuline dans le corps sont couvertes si vous bénéficiez d'une assurance-médicaments Medicare et si vous êtes diabétique. Ces fournitures médicales comprennent :

- Tampons d'alcool
- Gaze
- Aiguilles
- Seringues

Pour plus d'informations

Pour obtenir plus d'informations la couverture des médicaments Medicare :

- Visitez [Medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.Medicare.gov/drug-coverage-part-d)
- Contactez à 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs ATS doivent appeler le 1-877-486-2048.
- Appelez votre Programme d'État pour l'aide en matière d'assurance maladie (SHIP) pour obtenir gratuitement des conseils personnalisés en matière d'assurance maladie. Pour obtenir leur numéro de téléphone, allez sur [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) ou appelez le 1-800-MEDICARE.

SECTION

4 Medicare des dépistages et services liés au diabète

4

La partie B couvre certains services, dépistages et formations pour vous aider à prévenir, détecter et traiter le diabète.

En général, votre médecin doit vous recommander pour obtenir ces services, y compris :

- **Dépistages du diabète.** Voir à la page 20.
- **Programme de prévention du diabète de Medicare.** Voir pages 20-21.
- **Formation concernant l'autogestion du diabète.** Voir aux pages 21 à 24.
- **Les Services de thérapie de nutrition médicale.** Voir aux pages 24-25.
- **Tests d'hémoglobine A1C.** Voir à la page 25.

Vous pouvez obtenir certains services couverts par Medicare sans recommandation. Voir pages 25-26.

Dépistages du diabète

La partie B paie les tests de dépistage du diabète si vous présentez un risque de diabète. Vous pouvez être à risque de diabète si vous avez :

- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie (antécédents de taux de cholestérol et de triglycérides anormaux)
- Obésité (définie comme un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30)
- Tolérance au glucose (sucre dans le sang)
- Glycémie à jeun élevée

Vous pouvez également être à risque si vous présentez au moins 2 de ces facteurs de risque :

- Vous êtes en surpoids (défini comme un IMC > 25 , mais < 30)
- Vous avez des antécédents familiaux de diabète
- Vous avez des antécédents de diabète gestationnel ou avez donné naissance à un bébé pesant plus de 9 livres
- Vous avez 65 ans ou plus

Medicare peut payer jusqu'à 2 tests de dépistage du diabète sur une période de 12 mois. Après le test de dépistage du diabète initial, votre médecin déterminera si vous avez besoin d'un second test. Medicare couvre ces tests de dépistage du diabète :

- Analyse de la glycémie à jeun (sucre)
- Autres tests sanguins de glucose approuvés par Medicare, le cas échéant.

Si vous pensez être à risque de diabète, parlez-en à votre médecin pour savoir si vous devriez passer ces tests.

Programme de prévention du diabète de Medicare

La partie B couvre un programme unique de modification du comportement sanitaire pour vous aider à prévenir le diabète de type 2. Le programme commence par des séances hebdomadaires de base en groupe sur une période de 6 mois. Au cours de ces séances, vous obtiendrez :

- Une formation pour faire des changements de comportement réalistes et durables concernant l'alimentation et l'exercice physique
- Des conseils sur la façon de faire plus d'exercice.
- Des stratégies pour contrôler votre poids
- Un coach spécialement formé pour vous aider à rester motivé
- Le soutien de personnes ayant des objectifs et des défis similaires

Programme de prévention du diabète de Medicare (suite)

Une fois que vous aurez suivi les sessions principales, vous bénéficierez de 6 sessions de suivi mensuelles.

Si vous avez commencé le programme de prévention du diabète de Medicare en 2021 ou avant, vous bénéficierez de 12 séances mensuelles supplémentaires si vous atteignez certains objectifs de perte de poids.

Pour être éligible, vous devez avoir :

- La partie B (ou un plan Medicare Advantage).
- Une glycémie à jeun de 110 à 125 mg/dL, une glycémie à 2 heures de 140 à 199 mg/dL (test de tolérance au glucose oral) ou un résultat de test d'hémoglobine A1C entre 5.7 et 6.4 % dans les 12 mois précédant la première session de base.
- Un indice de masse corporelle (IMC) de 25 ou plus (IMC de 23 ou plus si vous êtes asiatique).
- Aucun antécédent de diabète de type 1 ou de type 2.
- Pas de maladie rénale terminale (ESRD).
- Vous n'avez jamais participé au programme Medicare de prévention du diabète.

Vous ne payez rien pour ces services si vous êtes admissible.

Visitez le site [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program) pour trouver ces programmes dans votre région.

Formation à l'autogestion du diabète

La formation à l'autogestion du diabète vous aide à apprendre à gérer efficacement votre diabète. Votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé doit vous prescrire cette formation pour que la partie B la couvre.

Vous pouvez suivre une formation à la gestion autonome du diabète si vous remplissez l'une de ces conditions :

- On vous a diagnostiqué un diabète.
- Vous êtes passé de l'absence de médicaments contre le diabète à la prise de médicaments contre le diabète, ou de médicaments oraux contre le diabète à l'insuline.
- On vous a diagnostiqué un diabète et vous courez un risque de complications (voir la page suivante).

Formation à l'autogestion du diabète (suite)

Votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé peut vous considérer plus à risque si l'un de ces cas vous concerne :

- Vous avez du mal à contrôler votre glycémie, vous avez été traité aux urgences ou vous avez passé la nuit dans un hôpital à cause de votre diabète.
- On vous a diagnostiqué une maladie des yeux liée au diabète.
- Vous avez un manque de sensibilité dans vos pieds ou d'autres problèmes de pieds, comme des ulcères, des malformations, ou vous avez eu une amputation.
- On vous a diagnostiqué une maladie rénale liée au diabète.

Votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé vous donnera généralement les informations concernant l'accès à une formation sur l'autogestion du diabète. Vous devez suivre cette formation auprès d'une personne ou d'un programme approuvé dans le cadre d'un plan de soins préparé par votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé. Ces programmes et ces personnes de sont agréés par l'American Diabetes Association ou l'American Association of Diabetes Educators.

Quelle formation est couverte?

Medicare couvrira jusqu'à 10 heures de formation initiale et 2 heures de formation de suivi si vous en avez besoin.

Vous devez terminer la formation initiale au plus tard 12 mois après l'avoir commencée. La formation initiale inclut 1 heure de formation individuelle. Les 9 autres heures de formation initiale sont généralement données en groupe.

Important : Votre médecin ou autre prestataire de soins de santé peut vous prescrire jusqu'à 10 heures de formation individuelle, au lieu de séances en groupe. Vous pouvez avoir besoin d'une formation individuelle si vous êtes malvoyant, malentendant, si vous avez des difficultés de langage ou de communication, ou si vous avez des limitations cognitives. Medicare couvre également la formation individuelle si aucun groupe n'est disponible dans les deux mois à compter de la date de l'ordonnance.

Formation à l'autogestion du diabète (suite)

Medicare couvre jusqu'à deux heures de formation de suivi chaque année après l'année où vous avez reçu la formation initiale, si vous en avez besoin. La formation de suivi peut se faire en groupe ou en tête-à-tête. Votre médecin ou autre prestataire de soins de santé doit vous prescrire cette formation de suivi chaque année afin qu'elle soit prise en charge par Medicare.

Remarque : La formation à l'autogestion du diabète est disponible dans de nombreux centres de santé agréés par le gouvernement fédéral (FQHC). Les FQHC fournissent des services de santé primaires et des services de prévention qualifiés dans les zones rurales et urbaines médicalement sous-desservies. Certains types de FQHC sont les centres de santé communautaires, les centres de santé pour migrants, les programmes de soins de santé pour les sans-abri, les centres de soins de logement social et les programmes / installations de santé ambulatoires gérés par une tribu ou une organisation tribale ou par une organisation indienne en milieu urbain. Vous n'avez pas à payer de franchise de la Partie B. Visitez findahealthcenter.hrsa.gov pour trouver un centre de santé près de chez vous.

Telehealth / (Télésanté) : Vous pourrez peut-être suivre une formation sur l'autogestion du diabète auprès d'un médecin ou d'un autre fournisseur de soins de santé situé ailleurs en utilisant audio uniquement (comme votre téléphone) ou une technologie de communication audio et vidéo (comme votre ordinateur). Pour plus d'informations sur les services de télésanté, appelez le 1-800-MEDICARE. Les utilisateurs d'ATS peuvent appeler le 1-877-486-2048.

Que vais-je apprendre dans cette formation ?

La première session de formation à l'autogestion du diabète est une évaluation individuelle qui permet aux instructeurs de mieux comprendre vos besoins.

La formation en classe traiteront de sujets comme :

- De l'information générale sur le diabète, les avantages de contrôle du sucre dans le sang, et les risques d'un mauvais contrôle de la glycémie.
- La nutrition et comment gérer votre alimentation.
- Vos options pour gérer et améliorer le contrôle de la glycémie.

Formation à l'autogestion du diabète (suite)

- L'exercice et pourquoi c'est important pour votre santé.
- Comment prendre vos médicaments correctement.
- La glycémie et comment utiliser l'information pour améliorer votre contrôle sur votre diabète.
- Comment prévenir, reconnaître et traiter les complications aiguës et chroniques de votre diabète.
- Pied, peau, et soins dentaires.
- Comment l'alimentation, l'exercice, et les médicaments affectent le taux de sucre dans le sang.
- Les changements de comportement, l'établissement d'objectifs, la réduction des risques, et résolution de problèmes.
- Comment vous s'ajuster émotionnellement avec le diabète.
- La participation de la famille et de soutien.
- L'utilisation du système de soins de santé et de ressources communautaires.

Services de thérapie nutritionnelle médicale

En plus de la formation à l'autogestion du diabète, la partie B couvre les services de thérapie nutritionnelle médicale si vous souffrez de diabète ou d'une maladie rénale et si vous répondez à certains critères. Un médecin doit vous prescrire ces services pour vous.

Une diététiste ou certains des professionnels de la nutrition peuvent donner à ces services :

- Une évaluation initiale de la nutrition et du mode de vie
- Le counseling en nutrition (quels aliments à manger et comment suivre un plan de repas diabétique individualisé)
- Comment gérer les facteurs liés au mode de vie qui affectent votre diabète
- Visites de suivi pour vérifier vos progrès dans la gestion de votre régime

N'oubliez pas que votre médecin ou autre fournisseur de soins de santé doit prescrire des services de nutrition thérapeutique médicale chaque année pour que Medicare puisse payer.

Services de thérapie nutritionnelle médicale (suite)

Remarque : La thérapie nutritionnelle médicale est disponible dans de nombreux centres de santé qualifiés au niveau fédéral. Voir page 24. Visitez findahealthcenter.hrsa.gov pour trouver un centre de santé près de chez vous.

Telehealth : Vous pourriez être amené à recevoir une thérapie nutritionnelle médicale d'un diététicien agréé ou d'un autre prestataire de soins de santé via la télésanté. Pour en savoir plus, voir page 23.

Examens pour les pieds et traitement

Si vous avez des lésions nerveuses liées au diabète sur l'un de vos pieds, la Partie B couvrira un examen du pied tous les 6 mois par un podologue ou un autre spécialiste des soins des pieds, sauf si vous avez consulté un spécialiste des soins des pieds pour un autre problème au cours des 6 derniers mois. Medicare peut couvrir des visites plus fréquentes si vous avez eu une amputation non traumatique (pas en raison d'une blessure) de la totalité ou d'une partie de votre pied, ou si vos pieds ont changé d'apparence qui peut indiquer que vous avez une maladie grave du pied. Rappelez-vous que vous devez vous faire soigner par votre médecin traitant ou votre spécialiste du diabète.

Tests d'hémoglobine A1C

Un test d'hémoglobine A1C est un test de laboratoire qui mesure le degré de contrôle de votre glycémie au cours des 3 derniers mois. Si vous êtes diabétique, la Partie B couvre ce test si votre médecin le prescrit.

Tests de dépistage du glaucome

La Partie B paiera pour que vous fassiez contrôler vos yeux une fois tous les 12 mois si vous présentez un risque élevé de glaucome. Vous êtes considéré comme présentant un risque élevé de glaucome si vous avez :

- Diabète sucré
- Vous avez des antécédents familiaux de glaucome, ou
- Êtes afro-américain et âgé de 50 ans ou plus, ou
- Êtes hispanique et âgé de 65 ans ou plus.

Ce test doit être effectué ou supervisé par un ophtalmologiste légalement autorisé à administrer ce service dans votre État.

Les piqûres (vaccinations) de la Grippe et la Pneumocoque

Si vous souffrez de diabète, vous avez un risque plus élevé de complications dues à la grippe et à la pneumonie. Il est important de se faire vacciner pour réduire ce risque. La partie B couvre les frais de vaccination contre la grippe, généralement une fois par saison grippale. La partie B couvre également les vaccins antipneumococciques pour prévenir les infections à pneumocoques (comme certains types de pneumonie). Discutez-en avec votre médecin ou un autre prestataire de soins de santé pour savoir si vous avez besoin de ces vaccins.

« Bienvenue à la Medicare » - Visite préventif

La Partie B comprend un examen unique de votre état de santé, ainsi que des sessions d'éducation et de counseling sur les services de prévention au cours des 12 premiers mois de la Partie B. Cela comprend l'information sur certains examens préalables, des coups de feu, et des renvois à d'autres soins au besoin. La « Bienvenue à Medicare » visite préventif est une bonne occasion de parler avec votre docteur au sujet des services préventives, vous pouvez avoir besoin, comme les tests de dépistage du diabète.

Visite annuelle de santé « bien-être »

Si vous bénéficiez de Medicare Partie B depuis plus de 12 mois, vous êtes admissible à une consultation annuelle de « bien-être » afin d'établir ou de mettre à jour un plan de prévention personnalisé en fonction de votre santé et de vos facteurs de risque actuels. Cela comprend :

- Un examen des antécédents médicaux et familiaux
- Une liste des fournisseurs actuels et les médicaments sur ordonnance
- Votre taille, poids, tension artérielle, et d'autres mesures de routine
- Un calendrier de dépistage pour des services préventifs appropriés
- Une liste des facteurs de risque et les options de traitement pour vous

Fournitures et services qui ne sont pas couverts par Medicare

Medicare Original et l'assurance-médicament Medicare ne couvrent pas tout. Par exemple, ces fournitures et services ne sont pas couverts :

- Lunettes et examens pour lunettes, sauf après une opération de la cataracte
- Chaussures orthopédiques (chaussures pour les personnes dont les pieds sont en état d'ébriété, mais intacts)
- La chirurgie esthétique

SECTION

Conseils utiles et ressources

5

Plus d'informations est disponible pour vous aider à faire des choix en matière de soins de santé et les décisions qui répondent à vos besoins.

Pour plus d'informations sur la couverture du diabète par Medicare, consultez le site suivant [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage) ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs ATS doivent appeler le 1-877-486-2048.

Les numéros de téléphone et de sites web

**Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC),
ministère de la Santé et des Services sociaux (HHS)**

cdc.gov/diabetes
1-800-232-4636

Trouver un centre de santé

findahealthcenter.hrsa.gov

Service de santé indien

ihs.gov/diabetes

MyHealthfinder

healthfinder.gov

Programme national de prévention du diabète

cdc.gov/diabetes/prevention

**Institut national du diabète et des maladies digestives et rénales (NIDDK)
des Instituts nationaux de la santé (NIH), HHS**

niddk.nih.gov
niddk.nih.gov/health-information/diabetes
1-800-860-8747

Communications accessibles de la CMS

Medicare fournit gratuitement des aides et des services auxiliaires, y compris des informations dans des formats accessibles tels que le braille, les gros caractères, les fichiers de données/audio, les services de relais et les communications TTY. Si vous souhaitez obtenir des informations dans un format accessible, vous ne serez pas désavantagé par le temps supplémentaire nécessaire pour vous les fournir. Cela signifie que vous aurez plus de temps pour prendre les mesures qui s'imposent en cas de retard dans l'exécution de votre demande.

Pour demander des informations sur Medicare ou sur Marché dans un format accessible, vous pouvez :

1. **Nous appeler** : Pour Medicare : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Les utilisateurs d'ATS peuvent appeler 1-877-486-2048.
Pour les marchés : 1-800-318-2596. TTY: 1-855-889-4325
2. **Nous envoyer un courriel** : altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **Nous envoyer un fax**: 1-844-530-3676.
4. **Nous faire parvenir une lettre**:

Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

Votre demande doit inclure votre nom, votre numéro de téléphone, le type d'information dont vous avez besoin (si vous le connaissez) et l'adresse postale à laquelle nous devons envoyer les documents. Il se peut que nous communiquions avec vous pour obtenir de plus amples renseignements.

Remarque : Si vous participez au plan Medicare Advantage ou plan d'assurance-médicaments Medicare, communiquez avec Medicare pour obtenir les renseignements dans un format accessible. Pour Medicaid, communiquez avec votre bureau dans votre État ou le bureau local.

Avis de non-discrimination

Les Centres pour les services de Medicare et Medicaid (SMM) n'excluent pas, ne refusent pas, ou ne discriminent pas contre toute personne sur la base de la race, la couleur, l'origine nationale, le handicap, le sexe (incluant l'orientation sexuelle et l'identité de genre), ou l'âge en admission, participation ou réception à des services et avantages sous n'importe lequel de ses programmes et activités, que ce soit effectué par SMM directement ou par un entrepreneur ou toute autre entité avec qui SMM organise pour exécuter ses programmes et activités.

Vous pouvez communiquer avec SMM de l'une ou l'autre des façons indiquées dans le présent avis si vous avez des préoccupations au sujet de l'obtention d'information dans un format que vous pouvez utiliser.

Vous pouvez également déposer une plainte si vous pensez avoir été victime de discrimination dans le cadre d'un programme ou d'une activité de la SMM, notamment si vous avez de la difficulté à obtenir des renseignements dans un format accessible à partir de n'importe quel régime de Medicare, plan d'assurance-médicaments Medicare, bureau Medicaid d'État ou local, ou régime d'assurance-maladie admissible du marché (Marketplace Qualified Health Plans). Il y a trois façons de déposer une plainte auprès du Département de la santé et des services sociaux, Bureau des droits civils des États-Unis : (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)

1. **En ligne** : hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.
2. **Par téléphone** : Appelez au 1-800-368-1019.
Les utilisateurs d'ATS peuvent appeler 1-877-486-2048.
3. **Par écrit** : Envoyez des informations concernant votre plainte à :

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Affaires officielles
Pénalité pour usage privé, \$300

CMS Product No. 11022-F (French)
June 2023

Couverture de Medicare pour les fournitures, les services et les programmes de prévention du diabète

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

