

Medicare obejmuje: Zaopatrzenie dla chorych, usługi i programy profilaktyczne na temat cukrzycy

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

**Niniejsza oficjalna broszura
rządowa zawiera ważne informacje
na następujące tematy:**

- Co obejmuje zakres świadczeń
- Sposoby na zachowanie zdrowia
- Gdzie zasięgnąć więcej informacji



Informacje zawarte w niniejszej broszurze opisują Program Medicare według stanu w czasie drukowania tej broszury. Po jej wydrukowaniu mogły nastąpić zmiany. Odwiedź stronę Medicare.gov, lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać najbardziej aktualne informacje. Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Broszura pt. „Ubezpieczenie Medicare pokrywające materiały, usługi i programy profilaktyczne dla diabetyków” nie jest dokumentem mającym moc prawną. Oficjalne informacje prawne na temat programu Medicare są zawarte w odpowiednich ustawach, rozporządzeniach i orzeczeniach.

Spis Treści

Wstęp	4
Rozdział 1: Rzut Okiem na Świadczenia Medicare dla Diabetyków	5
Rozdział 2: Medicare Część B-Objęte Zaopatrzenia dla Diabetyków	9
Sprzęt i zaopatrzenie do samodzielnego badania poziomu cukru we krwi . . .10	
Pompy Insulinowe.	13
Obuwie terapeutyczne lub wkładki	13
Wymiana utraconego lub uszkodzonego trwałego sprzętu medycznego lub zaopatrzenia w wyniku katastrofy lub nagłego przypadku	14
Rozdział 3: Ubezpieczenie Medicare dla diabetyków	15
Insulina.	16
Leki Przeciwcukrzycowe	16
Zaopatrzenie dla Diabetyków	17
Rozdział 4: Ubezpieczenie Medicare pokrywające materiały i usługi dla diabetyków.	19
Badania pod kątem Cukrzycy	20
Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy	20
Szkolenie z zakresu samozarządzania Cukrzycą	21
Świadczenia medyczne terapii żywieniowej.	24
Badania & leczenie stóp	25
Testy na Hemoglobinę A1C	25
Badania jaskry	25
Szczepienia przeciwko grypie i pneumokokom	26
Wizyta Profilaktyczna ”Witamy w Medicare”.	26
Roczna wizyta „Wellness”.	26
Zaopatrzenie & świadczenia nie objęte przez Medicare	26
Rozdział 4: Pomocne Wskazówki & Zasoby	27
Numery telefonów i strony internetowe.	28



Wstęp

Niniejsza broszura objaśnia zakres świadczeń i zaopatrzenia dla diabetyków objęte przez Oryginalne Medicare i Plan Medicare na Lekarstwa (Część D).

Medicare to federalny program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób w wieku 65 lat lub starszych, niektórych osób poniżej 65 roku życia, które są niepełnosprawne, oraz osób ze schyłkową niewydolnością nerek (trwała niewydolność nerek wymagająca dializy lub przeszczepu, czasami nazywana schyłkową niewydolnością nerek (ESRD)).

Ubezpieczenie Original Medicare zawiera Część A (Ubezpieczenie szpitalne) i Część B (Ubezpieczenie medyczne). Możesz dołączyć do oddzielnego planu Medicare dotyczącego leków, aby uzyskać pokrycie kosztów leków Medicare (Część D).

Ubezpieczenie Original Medicare płaci za większość, ale nie za wszystkie koszty usług i produktów medycznych.

Plan Medicare Advantage (znany także jako Część C) jest zatwierdzonym przez Medicare planem dla prywatnych firm, który oferuje alternatywę do Original Medicare dla Twojego ubezpieczenia dotyczącego pokrycia kosztów zdrowia i leków. Te „powiązane” plany zawierają część A, część B i zwykle ubezpieczenie na leki Medicare (część D).

Przy czytaniu niniejszej broszury warto rozumieć poniższe pojęcia:

Współubezpieczenie: Kwota jaką być może będziesz musiał/a zapłacić jako udział w kosztach za świadczenia po zapłaceniu jakichkolwiek kosztów własnych. Współubezpieczenie zwykle wyrażane jest w procentach (na przykład 20%).

Współpłatność: Kwota jaką być może będziesz musiał/a zapłacić jako udział w kosztach za świadczenia medyczne lub zaopatrzenie, jak np. wizyta u lekarza, wizyta w przychodni szpitalnej czy leki na receptę. Współpłatność zwykle wyrażana jest jako określona kwota a nie jako procent. Na przykład, możesz zapłacić \$10 lub \$20 za wizytę u lekarza czy receptę.

Koszty Własne: Kwota, którą należy zapłacić za opiekę zdrowotną lub leki na receptę, zanim zaczniesz obowiązywać Twój plan Original Medicare, Medicare Advantage Plan, plan Medicare dot. Leków lub inne ubezpieczenie, które zaczniesz spłacać koszty.

Trwały sprzęt medyczny: Określony sprzęt medyczny, jak na przykład chodzik, wózek inwalidzki lub łóżko szpitalne, zamówiony przez Twojego lekarza do użytku domowego.

Kwota zatwierdzona przez Medicare: W ubezpieczeniu Original Medicare jest to kwota, jaka może zostać wypłacona lekarzowi lub dostawcy, który otrzymuje zlecenie.

Zlecenie jest to zgoda Twojego lekarza, świadczeniodawcy lub dostawcy na zapłatę bezpośrednio przez Medicare, na otrzymanie płatności w wysokości, jaką Medicare zatwierdził za tę usługi oraz na to, aby Cię nie obciążać na kwotę większą niż wkład własny i koasekuracja w Medicare. Może być to kwota niższa od faktycznej opłaty pobieranej przez lekarza lub dostawcę. Medicare płaci część tej kwoty, a Ty jesteś odpowiedzialny(-a) za pokrycie różnicy.

1 Rzut Okiem na Świadczenia Medicare dla Diabetyków

Tabela na stronach 6–8 przedstawia zestawienia niektórych usług i produktów dla diabetyków, objętych przez ubezpieczenie Medicare Część B (ubezpieczenie medyczne) i przez plan Medicare dotyczący refundacji leków na receptę (Część D).

Zasadniczo część B obejmuje usługi, które mogą dotyczyć osób z cukrzycą. Część B obejmuje również niektóre usługi profilaktyczne dla osób, u których występuje ryzyko cukrzycy. Aby uzyskać usługi i materiały objęte ubezpieczeniem na podstawie Części B, musisz mieć Część B.

Część D obejmuje materiały przeciwcukrzycowe stosowane do podawania insuliny. Aby uzyskać materiały pokrywane w ramach Części D, należy być zarejestrowanym w planie Medicare dotyczącym refundacji leków.

Zaopatrzenie/ świadczenie	Co obejmuje zakres świadczeń	Ile zapłacisz
Leki przeciw-cukrzycowe Patrz strona 16	Część D obejmuje leki przeciwcukrzycowe utrzymujące właściwy poziom cukru (glukozy) we krwi.	Współubezpieczenie lub współpłatność Koszty własne mogą mieć zastosowanie odnośnie Części D
Badania pod kątem Cukrzycy Patrz strona 20	Medicare Część B pokrywa te badania przesiewowe, jeśli Twój lekarz stwierdzi, że istnieje u Ciebie ryzyko cukrzycy. W każdym roku mogą Ci przysługiwać maksymalnie 2 badania przesiewowe w kierunku cukrzycy.	Nie obowiązuje Cię współubezpieczenie, współpłatność lub koszty własne Części B
Program Zapobiegania Cukrzycy Patrz strony 20-21	Część B obejmuje program zmiany zachowań zdrowotnych na całe życie, który pomaga zapobiegać cukrzycy.	Nic za te usługi, jeśli jesteś uprawniony
Szkolenie z zakresu samodzielnego zarządzania cukrzycą Patrz strony 21-24	Część B pokrywa koszt szkoleń na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy (diabetes self-management training) dla osób, u których niedawno zdiagnozowano cukrzycę lub u których istnieje ryzyko powikłań z powodu cukrzycy. Aby Medicare mogło pokryć te usługi, Twój lekarz lub inny pracownik opieki zdrowotnej musi je zamówić, zaś dostarczyć musi akredytowana osoba lub program.	20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po odjęciu rocznego udziału własnego Części B
Sprzęt i materiały dla diabetyków Patrz strony 10-13	Część B pokrywa koszt domowych urządzeń do monitorowania poziomu cukru (glukozy) we krwi i materiałów eksploatacyjnych do tego urządzenia, na przykład pasków testowych do badania poziomu cukru we krwi, pasków testowych, urządzeń nakłuwających i nakłuwaczy. Mogą istnieć limity dotyczące częstotliwości otrzymywania tych materiałów lub ich ilości. Część B obejmuje również pompy insulinowe, które są uważane za trwałe sprzęt medyczny.	20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po odjęciu rocznego udziału własnego Części B Od 1 lipca 2023 r. , jeśli będziesz przyjmować insulinę za pomocą tradycyjnej pompy objętej świadczeniem Medicare na trwałe sprzęt medyczny, nie zapłacisz więcej niż \$35 za miesięczny zapas insuliny. Część B, nie obowiązuje udział własny.
Zaopatrzenie dla diabetyków See page 17	Część D obejmuje niektóre materiały medyczne do podawania insuliny (takie jak strzykawki, igły, gaziki nasączone alkoholem, gaziki i pompy insulinowe, które nie są objęte świadczeniem dotyczącym trwałego sprzętu medycznego Części B).	Współubezpieczenie lub współpłatność Koszty własne mogą mieć zastosowanie odnośnie Części D

Zaopatrzenie/ świadczenie	Co obejmuje zakres świadczeń	Ile zapłacisz
<p>Szczepienia Przeciwko Grypie i Pneumokokom Patrz strona 26</p>	<p>Szczepienie przeciw Grypie - aby pomóc w zapobieganiu grypie lub wirusowi grypy. Część B pokrywa taką szczepionkę jeden raz w sezonie grypowym jesienią lub zimą w celu zapobieżenia zachorowaniu spowodowanemu przez wirusa grypy.</p> <p>Szczepienie przeciw Pneumokokom - część B obejmuje szczepienie zapobiegające infekcjom pneumokokowym (np. niektórym rodzajom zapalenia płuc).</p>	<p>Jeśli Twój lekarz lub świadczeniodawca akceptuje zlecenie wówczas nie obowiązuje Cię współubezpieczenie, współpłatność lub koszty własne Części B</p>
<p>Badania & leczenie stóp Patrz strona 25</p>	<p>Część B pokrywa badania stopy co 6 miesięcy, jeśli cierpisz na cukrzycową neuropatię obwodową i utratę ochronnego czucia bólu, o ile pomiędzy tymi wizytami nie byłeś(-aś) z innego powodu u specjalisty zajmującego się leczeniem stóp.</p>	<p>20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po odjęciu rocznego udziału własnego Części B</p>
<p>Testy na Jaskrę Patrz strona 25</p>	<p>Część B obejmuje ten test raz na 12 miesięcy, jeśli istnieje u Ciebie wysokie ryzyko jaskry. Badanie to musi przeprowadzić lekarz upoważniony przez stan.</p>	<p>20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po odjęciu rocznego udziału własnego Części B</p>
<p>Insulina Patrz strona 16</p>	<p>Część D pokrywa insulinę, która nie jest podawana przez pompę insulinową.</p>	<p>Koszt miesięcznej dostawy każdej insuliny objętej częścią D jest ograniczony do \$35. Nie musisz płacić udziału własnego.</p>

Zaopatrzenie/ świadczenie	Co obejmuje zakres świadczeń	Ile zapłacisz
Pompy Insulinowe Patrz strona 13	Jeśli spełniasz określone warunki, Część B pokrywa koszt zewnętrznych trwałych pomp insulinowych oraz wykorzystywanej przez to urządzenie insuliny jako trwałego sprzętu medycznego.	20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po odjęciu rocznego udziału własnego Części B. Od 1 lipca 2023 r. , jeśli będziesz przyjmować insulinę za pomocą tradycyjnej pompy objętej świadczeniem Medicare na trwały sprzęt medyczny, nie zapłacisz więcej niż \$35 za miesięczny zapas insuliny. Część B, nie obowiązuje udział własny.
Świadczenia medyczne terapii żywieniowej (Medical nutrition therapy) Patrz strona 24-25	Część B może obejmować usługi w zakresie medycznej terapii żywieniowej oraz niektórych usług pokrewne, o ile masz cukrzycę lub chorobę nerek. Twój lekarz lub inny pracownik opieki zdrowotnej musi Cię skierować na usługi MNT.	Jeśli Twój lekarz lub inny świadczeniodawca medyczny akceptuje zlecenie wówczas nie obowiązuje Cię współubezpieczenie, współpłatność lub koszty własne Części B.
Obuwie terapeutyczne lub wkładki Patrz strona 13-14	Część B obejmuje obuwie terapeutyczne lub wkładki, jeśli chorujesz na cukrzycę i masz poważny przypadek stopy cukrzycowej.	20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po odjęciu rocznego udziału własnego Części B.
Wizyta Profilaktyczna "Witamy w Medicare" Patrz strona 26	Jeśli uczestniczysz już w Części B przez okres dłuższy niż 12 miesięcy, możesz otrzymać coroczną wizytę „Wellness” w celu opracowania lub aktualizacji spersonalizowanego planu profilaktyki w zależności od Twojego aktualnego stanu zdrowia i czynników ryzyka.	Jeśli Twój lekarz lub inny świadczeniodawca medyczny akceptuje zlecenie wówczas nie obowiązuje Cię współubezpieczenie, współpłatność lub koszty własne Części B
Roczna wizyta „Wellness” Patrz strona 26	Jeżeli posiadałeś już Część B przez dłużej niż 12 miesięcy, możesz skorzystać z rocznej wizyty „Wellness” aby opracować plan lub zaktualizować Twój osobisty plan prewencyjny na podstawie Twoich aktualnych czynników zdrowia i ryzyka.	Jeśli Twój lekarz lub inny świadczeniodawca medyczny akceptuje zlecenie wówczas nie obowiązuje Cię współubezpieczenie, współpłatność lub koszty własne Części B Jeśli odbyłeś(-aś) już wizytę „Witamy w Medicare”, będziesz musiał(-a) poczekać 12 miesięcy przed uzyskaniem pierwszej corocznej wizyty „Wellness”.

2 Medicare Część B-Objęte Zaopatrzenia dla Diabetyków

Rozdział ten dostarcza informacji na temat Części B (Ubezpieczenie Medyczne) i zakresu obejmującego artykuły zaopatrzeniowe dla diabetyków. Medicare pokrywa określone świadczenia, jeśli chorujesz na cukrzycę i Część B, w tym:

- **Sprzęt i zaopatrzenie do samodzielnego badania poziomu cukru we krwi.** Patrz strony 10-12.
- **Pompy Insulinowe.** Patrz strona 13.
- **Obuwie terapeutyczne lub wkładki.** Patrz strony 13-14.

Sprzęt i zaopatrzenie do samodzielnego badania poziomu cukru we krwi

Część B obejmuje sprzęt i materiały do samodzielnego badania poziomu cukru we krwi (zwanego również poziomem glukozy we krwi) jako trwałego sprzętu medycznego.

Materiały do samodzielnie wykonywanych testów obejmują:

- **Urządzenia do monitorowania poziomu cukru we krwi**
- **Paski testowe do oznaczania poziomu cukru we krwi,**
- **Urządzenia nakłuwające i nakłuwacze**
- **Roztwory kontrolne glukozy** do sprawdzania dokładności sprzętu pomiarowego i pasków testowych

Ilość materiałów objętych ubezpieczeniem jest jednak różna.

- Jeśli przyjmujesz insulinę, możesz uzyskać do 300 pasków testowych i 300 nakłuwaczy co 3 miesiące.
- Jeśli nie przyjmujesz insuliny, możesz uzyskać 100 pasków testowych i 100 nakłuwaczy co 3 miesiące.

Jeśli Twój lekarz uzna to za niezbędne ze względów medycznych i jeśli spełnione zostaną wymogi, **wówczas Medicare udzieli Ci zgody na uzyskanie dodatkowych pasków testowych i nakłuwaczy**. Możesz prowadzić rejestr wykazujący, jak często w rzeczywistości wykonujesz samodzielnie testy.

Medicare może pokryć koszty ciągłego monitorowania glukozy (odbiornika) i powiązanych materiałów eksploatacyjnych (czujników i nadajników), jeśli lekarz stwierdzi, że spełniasz wszystkie wymagania dotyczące ubezpieczenia Medicare.

Wymagania obejmują:

- Konieczność częstego sprawdzania poziomu cukru we krwi (4 lub więcej razy dziennie) oraz
- Używanie pompy insulinowej lub wykonanie 3 lub więcej zastrzyków insuliny dziennie.

Musisz również odbywać rutynowe osobiste wizyty u swojego lekarza.

Jeśli masz pytania dotyczące świadczeń związanych z cukrzycą, odwiedź stronę [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage). Możesz również zadzwonić na numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Sprzęt i zaopatrzenie do samodzielnego badania poziomu cukru we krwi (ciąg dalszy)

Co jest mi potrzebne od lekarza aby otrzymać objęte artykuły zaopatrzeniowe?

Medicare pokryje sprzęt i zaopatrzenie do samodzielnego badania poziomu cukru we krwi tylko jeśli przedstawiś na nie receptę od swojego lekarza. Recepta powinna zawierać informacje:

- Czy masz cukrzyce.
- Jakiego rodzaju i dlaczego jest Ci potrzebny glukometr. (Jeśli wymagasz specjalnego rodzaju glukometru ze względu na problemy ze wzrokiem, Twój lekarz musi to wyjaśnić.)
- Czy używasz insuliny.
- Jak często należy dokonywać pomiaru cukru we krwi.
- Ile pasków testowych i lancetów potrzebujesz miesięcznie.

Pamiętaj:

- Musisz prosić o uzupełnianie swojego zaopatrzenia.
- Nowa recepta na lancety i paski testowe potrzebna jest co 12 miesięcy.

Gdzie mogę zaopatrzyć się we te artykuły?

- Możesz zamówić i odebrać artykuły w swojej aptece.
- Możesz zamówić swoje zaopatrzenie u dostawcy sprzętu medycznego. Ogólnie, „dostawca” to firma, osoba lub agencja oferująca Ci artykuł medyczny lub świadcząca usługi medyczne, z wyjątkiem kiedy przebywasz w szpitalu lub w placówce wykwalifikowanej opieki pielęgniarstwa. Jeśli ten sposób zamawiania zaopatrzenia Ci odpowiada, musisz samemu złożyć zamówienie. W tym celu będziesz potrzebować receptę od lekarza, który nie może złożyć zamówienia w Twoim imieniu.

Z którego dostawcy czy apteki powinienem/am skorzystać?

Zaopatrzenie należy zamawiać w aptece lub u dostawcy którzy mają podpisany kontrakt z Medicare. Jeśli zamówisz zaopatrzenie w aptece bądź u dostawcy bez kontraktu z Medicare, Medicare nie zapłaci. **Będziesz musiał/a ponieść całkowity koszt za zaopatrzenie otrzymane z apteki bądź od dostawcy bez kontraktu z Medicare**

Ważne jest aby zadać aptece lub dostawcy poniższe pytania zanim zamówisz zaopatrzenie:

- Czy masz podpisany kontrakt z Medicare?
- Czy akceptujesz zlecenie?

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z tych pytań brzmi „nie”, zadzwoń do innej apteki lub dostawcy który odpowie „tak” upewniając się, że Twoje zamówienie będzie pokryte przez Medicare i aby oszczędzić Ci pieniądze.

Sprzęt i zaopatrzenie do samodzielnego badania poziomu cukru we krwi (ciąg dalszy)

Aby znaleźć dostawcę, który jest zarejestrowany w Medicare, odwiedź stronę internetową [Medicare.gov/medicalequipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medicalequipment-suppliers). Możesz też zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą zadzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Uwaga: Medicare nie zapłaci za artykuły zaopatrzeniowe o które nie prosiłeś/aś, lub za jakiegokolwiek artykuły automatycznie wysłane przez dostawcę, włączając glukometry, paski testowe i lancety. Jeśli automatycznie dostajesz artykuły zaopatrzeniowe, otrzymujesz reklama wprowadzającą w błąd lub podejrzewasz oszustwo w odniesieniu do twojego zaopatrzenia na cukrzycę, zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Kto jest odpowiedzialny za przesyłanie zgłoszeń?

Wszystkie apteki i dostawcy leków muszą zgłaszać roszczenia dotyczące monitorów poziomu cukru we krwi (glukozy), pasków testowych i innych przedmiotów objętych świadczeniami z tytułu użytkowania trwałego sprzętu medycznego. Nie można samodzielnie przesłać zgłoszenia na urządzenia do monitorowania poziomu cukru we krwi lub na paski testowe.

Za co muszę się zapłacić?

Płacą Państwo nie więcej niż suma ubezpieczenia, gdy otrzymują Państwo zaopatrzenie od apteki lub dostawcy, który przyjmuje zlecenie. Jeśli Twoja apteka lub dostawca **nie** akceptuje zlecenia, koszty mogą być wyższe i możesz zapłacić więcej. Być może będziesz też musiał(-a) zapłacić całą kwotę w momencie doręczenia i czekać, aż Medicare przekaże Ci swój udział w kosztach.

Pompy Insulinowe

Od 1 lipca 2023 r. koszt miesięcznych dostaw insuliny objętej częścią B do pompy trwałego sprzętu medycznego (DME) nie może przekraczać \$35, a udział własny w części B nie będzie miał zastosowania.

Jeśli posiadasz ubezpieczenie Medicare Supplement Insurance (Medigap), które opłaca Twoje współubezpieczenie Części B, plan ten powinien pokryć koszt insuliny w wysokości \$35 (lub mniej). Sprawdź w swoim planie, aby dowiedzieć się, czy pokrywa on koszty współubezpieczenia Części B.

Jeśli używasz pompy insulinowej noszonej poza ciałem (zewnętrznej), która nie jest jednorazowa, Część B może obejmować insulinę używaną z pompą i samą pompę jako DME. Jeśli mieszkasz w niektórych regionach kraju, być może będziesz musiał skorzystać z usług określonych dostawców pomp insulinowych, aby Medicare mógł zapłacić za trwałą pompę insulinową.

Jak mogę otrzymać pompę insulinową?

Jeśli potrzebujesz używania pompy insulinowej zwróć się do lekarza po receptę.

Uwaga: W Original Medicare płacisz 100% za materiały związane z insuliną (takie jak strzykawki, igły, waciki nasączone alkoholem i gaza), chyba że masz część D. Za pompy, rurki i wszelkie inne materiały płacisz 20% Medicare- zatwierdzoną kwotę po odliczeniu rocznej części B udziału własnego.

Obuwie terapeutyczne lub wkładki

Jeżeli posiadasz Część B, chorujesz na cukrzyce i spełniasz określone warunki (patrz strona 14), Medicare pokryje koszty obuwia terapeutycznego jeśli zachodzi potrzeba.

Typy obuwia Części B, które są w każdym roku objęte ubezpieczeniem, to **jedna** z poniższych opcji:

- Jedna para obuwia ortopedycznego i 3 pary wkładek
- Jedna para obuwia ortopedycznego na zamówienie (włączając wkładki) jeśli nie możesz nosić zwykłego obuwia ortopedycznego ze względu na deformację stóp, i 2 dodatkowe pary wkładek

Uwaga: W niektórych przypadkach, Medicare może pokryć dodatkową parę wkładek lub modyfikację obuwia zamiast wkładek.

Obuwie terapeutyczne lub wkładki (ciąg dalszy)

W jaki sposób mogę otrzymać obuwie terapeutyczne?

Aby Medicare mogło zapłacić za Twoje obuwie terapeutyczne, lekarz prowadzący Twoje leczenie cukrzycy musi poświadczyć, że spełniasz poniższe 3 warunki:

1. Chorujesz na cukrzyce.
2. Przynajmniej jedna z tych dolegliwości dotyczy jednej lub obydwu Twoich stóp:
 - Częściowa lub całkowita amputacja stopy
 - Historia owrzodzenia stopy
 - Odciski mogące doprowadzić do owrzodzenia stopy
 - Uszkodzony nerw w wyniku cukrzycy sygnalizującej problemy z odciskami
 - Słabe krążenie
 - Zdeformowana stopa
3. Jesteś leczony według kompleksowego planu opieki nad cukrzycą i z tego powodu wymagasz obuwia terapeutycznego i/lub wkładek.

Medicare wymaga też aby:

- Podiatra lub inny wykwalifikowany pracownik ochrony zdrowia przepisuje buty.
- Lekarz lub inna wykwalifikowana osoba jak pedortyk, ortotyk lub protetyk dopasował i dostarczył obuwie.

Wymiana utraconego lub uszkodzonego trwałego sprzętu medycznego lub zaopatrzenia w wyniku katastrofy lub nagłego przypadku

Jeśli Oryginalne Medicare zapłaciło już za trwały sprzęt medyczny (jak tradycyjna pompa insulinowa) lub za zaopatrzenie (jak np artykuły dla diabetyków), uszkodzone lub utracone w nagłym przypadku czy w warunkach katastrofy:

- W niektórych przypadkach, Medicare pokryje koszty naprawy lub wymiany sprzętu lub zaopatrzenia.
- Ogólnie, Medicare pokryje też koszt za wypożyczenie sprzętu (np. wózków inwalidzkich) na czas trwania naprawy.

Aby uzyskać więcej informacji na temat trwałego sprzętu medycznego i materiałów diabetycznych, odwiedź stronę Medicare.gov lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszące) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

3 Ubezpieczenie Medicare dla diabetyków

W niniejszym rozdziale podano informacje na temat refundacji leków w ramach ubezpieczenia Medicare (Część D) w przypadku osób objętych Medicare, którzy chorują na cukrzycę lub są nią zagrożeni. Aby uzyskać ubezpieczenie lekowe Medicare, musisz przystąpić do planu lekowego Medicare lub planu Medicare Advantage z ubezpieczeniem lekowym. Medicare Część D obejmuje insulinę, leki przeciwcukrzycowe i niektóre materiały związane z insuliną.

Insulina

Koszt miesięcznej dostawy każdej insuliny objętej Częścią D jest ograniczony do 35 USD i nie musisz płacić odliczenia za insulinę. Dotyczy to każdego, kto przyjmuje insulinę, nawet jeśli otrzymujesz dodatkową pomoc (program Medicare, który pomaga osobom o ograniczonych dochodach i środkach w opłaceniu składek Medicare Część D, odliczeń, współubezpieczenia i innych kosztów). Jeśli otrzymasz 60- lub 90-dniowy zapas insuliny, Twoje koszty nie mogą przekraczać \$35 za każdy miesięczny zapas każdej insuliny objętej ubezpieczeniem. Na przykład, jeśli otrzymasz 60-dniowy zapas insuliny objętej częścią D, zazwyczaj zapłacisz nie więcej niż \$70.

Jeśli przyjmujesz insulinę, możesz uzyskać pomoc w porównaniu planów leków i kosztów Medicare:

- Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy korzystający z TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.
- Zadzwoń do lokalnego stanowego urzędu programu pomocy ubezpieczenia zdrowotnego (State Health Insurance Assistance Program (SHIP)), aby uzyskać bezpłatne, indywidualne doradztwo w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych.

Uwaga: Od 1 lipca 2023 r. podobne limity kosztów mają zastosowanie do insuliny stosowanej w tradycyjnych pompach insulinowych (objętych częścią B).

Leki Przeciwcukrzycowe

Poziom cukru we krwi (glukoza) niekontrolowany przez insulinę jest utrzymywany przez leki przeciwcukrzycowe. Plan Medicare na lekarstwa może pokrywać leki przeciwcukrzycowe takie jak:

Zaopatrzenie dla Diabetyków

Dostawy bezpośrednio związane z dostarczaniem insuliny do organizmu są objęte ubezpieczeniem, jeśli masz ubezpieczenie na leki Medicare i chorujesz na cukrzycę. Te materiały medyczne obejmują:

- Wymazy alkoholowe
- Gazy
- Igły
- Strzykawki

Po więcej informacji

Aby uzyskać więcej informacji odnośnie zakresu świadczeń planu Medicare na lekarstwa:

- Odwiedzić stronę [Medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.Medicare.gov/drug-coverage-part-d).
- Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszający) mogą zadzwonić pod numer 1-877-486-2048.
- Zadzwoń do stanowego urzędu programu pomocy ubezpieczenia zdrowotnego (State Health Insurance Assistance Program (SHIP)), aby uzyskać bezpłatne, indywidualne doradztwo w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Aby uzyskać ich numer telefonu, odwiedź stronę [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE.

4 Ubezpieczenie Medicare pokrywające materiały i usługi dla diabetyków

4

Część B obejmuje niektóre usługi, badania i szkolenia pomagające zapobiegać, wykrywać i leczyć cukrzycę.

Ogólnie rzecz biorąc, lekarz musi skierować Cię na te usługi, w tym:

- **Testy przesiewowe w kierunku cukrzycy.** Patrz strona 20.
- **Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy.** Patrz: strony 20-21.
- **Szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy.** Patrz strony 21-24.
- **Świadczenia medyczne terapii żywieniowej.** Patrz strony 24-25.
- **Testy na Hemoglobinę A1C.** Patrz strona 25.

Niektóre usługi objęte Medicare można uzyskać bez skierowania. Patrz: strony 25-26.

Badania pod kątem Cukrzycy

Część B płaci za testy przesiewowe w kierunku cukrzycy, jeżeli jesteś zagrożony(-a) cukrzycą. Możesz być narażony(-a) na ryzyko cukrzycy w poniższych przypadkach:

- Masz wysokie ciśnienie
- Dyslipidemię (historię nieprawidłowego poziomu cholesterolu i trójglicerydów)
- Otyłość (definiowana jako wskaźnik masy ciała (BMI) ≥ 30)
- Upośledzoną tolerancję glukozy (cukru we krwi)
- Wysoki poziom glukozy (cukru we krwi) na czczo

Możesz również być zagrożony (-a), jeśli masz 2 lub więcej z tych czynników ryzyka:

- Masz nadwagę (definiowaną jako BMI > 25 , ale < 30)
- W Twojej rodzinie występowała cukrzyca
- Masz cukrzycę ciążową w wywiadzie lub urodziłaś dziecko ważące ponad 9 funtów
- Masz co najmniej 65 lat

Medicare może pokryć koszt maksymalnie dwóch testów przesiewowych w kierunku cukrzycy w okresie 12 miesięcy. Po wstępnym badaniu przesiewowym w kierunku cukrzycy Twój lekarz określi, czy potrzebny jest drugie badanie. Medicare pokrywa następujące badania przesiewowe w kierunku cukrzycy:

- badania glukozy (cukru) we krwi na czczo
- w razie potrzeby inne badania glukozy zatwierdzone przez Medicare

Jeśli uważasz, że możesz być zagrożony(-a) cukrzycą, porozmawiaj ze swoim lekarzem, aby dowiedzieć się, czy masz wykonać te testy.

Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy

Część B obejmuje program zmiany zachowań zdrowotnych na całe życie, który pomaga zapobiegać cukrzycy typu 2. Program rozpoczyna się od cotygodniowych sesji głównych, które odbywają się w grupie w okresie 6 miesięcy. W ramach sesji otrzymujesz:

- Szkolenie mające na celu wprowadzenie realistycznych, trwałych zmian zachowań w zakresie diety i ćwiczeń fizycznych
- Wskazówki, jak więcej ćwiczyć.
- Strategie kontroli wagi
- Specjalnie wyszkolonego trenera, który pomoże Ci utrzymać motywację.
- Wsparcie ze strony osób o podobnych celach i wyzwaniach

Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy (ciąg dalszy)

Po ukończeniu podstawowych sesji otrzymasz 6 comiesięcznych sesji uzupełniających. Jeśli rozpocząłeś(ęłaś) Medicare Diabetes Prevention Program w 2021 roku lub wcześniej, otrzymasz 12 dodatkowych sesji miesięcznych, jeśli osiągniesz określone cele odchudzania.

Żeby się kwalifikować, musisz mieć:

- Część B (lub Plan Medicare Advantage).
- Stężenie glukozy w osoczu na czczo 110-125 mg/dL, po 2 godzinach stężenie glukozy w osoczu na poziomie 140-199 mg/dL (doustny test tolerancji glukozy); lub wynik poziomu hemoglobiny A1C pomiędzy 5,7 a 6,4% w ciągu 12 miesięcy przed przystąpieniem do pierwszej sesji podstawowej.
- Wskaźnik masy ciała (BMI) wynoszący 25 lub więcej (BMI 23 lub więcej, jeśli jesteś Azjatą).
- Nigdy nie zdiagnozowano u Ciebie cukrzycy typu 1 lub typu 2.
- Nie chorujesz na schyłkową niewydolność nerek (ESRD).
- Nigdy nie brałeś(-aś) udziału w Programie Profilaktyki Cukrzycy Medicare.

Za te usługi nie płacisz nic, jeśli jesteś do nich uprawniony(-a).

Odwiedź stronę [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program), aby znaleźć te programy w Twojej okolicy.

Szkolenie z zakresu samodzielnego kontrolowania Cukrzycą

Szkolenie na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy umożliwia poznanie skutecznych sposobów kontrolowania cukrzycy. Aby ubezpieczenie Część B pokryło koszt takiego szkolenia, Twój lekarz lub inny pracownik opieki zdrowotnej musi je zlecić.

Możesz uzyskać Szkolenie na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy, jeśli spełniasz jeden z poniższych warunków:

- Zdiagnozowano u Ciebie cukrzycę.
- Zacząłeś(-aś) przyjmować leki przeciwcukrzycowe, albo przeszedłeś/przeszłaś od przyjmowania doustnych leków cukrzycowych do insuliny.
- Zdiagnozowano u Ciebie cukrzycę i jesteś narażony(-a) na ryzyko powikłań (patrz następna strona).

Szkolenie z zakresu samodzielnego zarządzania Cukrzycą (ciąg dalszy)

Twój lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia może uznać, że występuje u Ciebie na podwyższone ryzyko, jeśli jest spełniony któryś z tych warunków:

- Masz problemy z kontrolowaniem poziomu cukru we krwi, z powodu twojej cukrzycy byłeś(-aś) leczony(-a) na pogotowiu ratunkowym lub hospitalizowany(-a) w szpitalu co najmniej przez noc.
- Zdiagnozowano u Ciebie chorobę oczu związaną z cukrzycą.
- Masz brak czucia w stopach albo jakieś inne problemy ze stopą, jak np. owrzodzenia, deformacje lub też przeszedłeś(-aś) amputację.
- Zdiagnozowano u Ciebie chorobę oczu związaną z cukrzycą.

Lekarz lub inny pracownik służby zdrowia zazwyczaj udziela informacji o tym, gdzie można odbyć szkolenie w zakresie samokontroli cukrzycy. Szkolenie to musi zostać przeprowadzone przez zatwierdzoną osobę lub program w ramach planu opieki przygotowanego przez lekarza lub innego usługodawcę medycznego. Te programy i osoby prowadzące szkolenia są akredytowane przez American Diabetes Association (Amerykańskie Stowarzyszenie Cukrzycy) lub American Association of Diabetes Educators (Amerykańskie Stowarzyszenie Edukatorów z Zakresu Cukrzycy).

Ile szkoleń jest objętych zakresem?

Ubezpieczenie Medicare pokryje do 10 godzin szkolenia wstępnego i 2 godziny dalszego szkolenia, jeśli będzie Ci ono potrzebne.

Szkolenie wstępne musisz zakończyć nie później niż 12 miesięcy od czasu jego rozpoczęcia. Szkolenie wstępne obejmuje 1 godzinę szkolenia indywidualnego. Pozostałe 9 godzin szkolenia wstępnego zwykle jest przeprowadzane w grupach.

Ważne: Twój lekarz lub inny pracownik służby zdrowia może zalecić do 10 godzin treningu indywidualnego zamiast sesji grupowych. Przesłanki do szkolenia indywidualnego to sytuacje, gdy kursant ma słaby wzrok, upośledzenie słuchu, problemy językowe lub inne trudności komunikacyjne, lub też ograniczenia poznawcze. Medicare obejmuje również szkolenie indywidualne, jeśli w ciągu 2 miesięcy od daty zamówienia nie będą dostępne żadne grupy.

Szkolenie z zakresu samodzielnego kontrolowania cukrzycy (ciąg dalszy)

Ubezpieczenie Medicare pokrywa każdego roku po szkoleniu wstępnym do 2 godzin dalszego szkolenia, jeśli jest Ci ono potrzebne. Kontynuacja szkolenia może odbywać się w grupie lub podczas sesji w cztery oczy. Aby ubezpieczenie Medicare pokryło koszt takiego corocznego dalszego szkolenia, Twój lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia musi je zlecić.

Uwaga: Szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy są dostępne w wielu centrach zdrowia autoryzowanych na poziomie federalnym (Federally Qualified Health Centers, FQHCs). Centra FQHC zapewniają podstawowe świadczenia zdrowotne oraz specjalistyczne usługi profilaktyczne w obszarach wiejskich i miejskich, które są zaniebane pod względem dostępności usług medycznych. Niektóre typy centrów FQHC to m.in. lokalne ośrodki zdrowia, ośrodki zdrowi dla imigrantów, programy opieki zdrowotnej dla bezdomnych, ośrodki podstawowej opieki dla mieszkańców domów komunalnych i poradnie prowadzone przez programy/placówki obsługiwane przez plemię lub organizacje plemienne lub przez miejskie organizacje Indian. Nie musisz płacić udziału własnego w Części B. Odwiedź findahealthcenter.hrsa.gov, aby znaleźć najbliższy ośrodek zdrowia.

Telemedycyna: Możesz być w stanie uzyskać szkolenie w zakresie samodzielnego leczenia cukrzycy od lekarza lub innego pracownika służby zdrowia, który znajduje się w innym miejscu, korzystając tylko z usługi audio (np. telefon) lub technologie komunikacji audio i wideo (np. komputer). Aby uzyskać więcej informacji na temat usług Telezdrowia, zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE. Użytkownicy korzystający z TTY (niedosłyszający) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Czego się nauczę na takim szkoleniu?

Pierwsza sesja szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy jest indywidualną oceną, która ma pomóc instruktorom w lepszym zrozumieniu Twoich potrzeb.

Zajęcia w klasie będą dotyczyć takich tematów jak te :

- Ogólne informacje na temat cukrzycy, korzyści i ryzyka płynące z dobrego lub złego monitorowania poziomu cukru we krwi
- Żywnienie i jak obchodzić się z dietą
- Opcje jak sobie radzić i jak poprawić monitorowanie poziomu cukru we krwi

Szkolenie z zakresu samodzielnego zarządzania cukrzycą (ciąg dalszy)

- Dlaczego ćwiczenia fizyczne są ważne dla Twojego zdrowia
- Jak poprawnie zażywać leki
- Badanie poziomu cukru we krwi i jak wykorzystać informacje do poprawy kontroli nad cukrzycą
- Jak zapobiegać, rozpoznawać i leczyć ostre i chroniczne powikłania w wyniku Twojej cukrzycy
- Stopa, skóra i opieka dentystyczna
- Wpływ diety, ćwiczeń fizycznych i leków na poziom cukru we krwi
- Zmiany w zachowaniu, ustalanie celów, zmniejszanie ryzyka i rozwiązywanie problemów
- Jak dostosować się emocjonalnie do życia z cukrzycą
- Zaangażowanie i wsparcie rodziny
- Korzystanie z systemu opieki zdrowotnej i zasobów społeczności

Świadczenia medyczne terapii żywieniowej

Oprócz szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy część B pokrywa usługi w zakresie medycznej terapii żywieniowej dla osób z cukrzycą lub chorobą nerek i spełniasz określone kryteria. Lekarz musi przepisać te usługi dla Ciebie.

Zarejestrowany dietetyk lub poszczególni technicy żywienia mogą dostarczyć następujących świadczeń:

- Początkowa ocena sposobu odżywiania i stylu życia
- Doradztwo żywieniowe (jaką żywność spożywać i jak wdrażać osobisty plan żywieniowy)
- Jak radzić sobie z czynnikami stylu życia mającymi wpływ na cukrzycę
- Wizyty stanowiące kontynuację, których celem jest sprawdzenie Twoich postępów w zarządzaniu dietą

Pamiętaj, że Twój lekarz lub inny dostawca usług medycznych musi co roku przepisać usługi terapii żywieniowej, aby Medicare za nie zapłacił.

Świadczenia medyczne terapii żywieniowej (ciąg dalszy)

Uwaga: Usługa w zakresie medycznej terapii żywieniowej jest dostępna w wielu centrach zdrowia autoryzowanych na poziomie federalnym (Federally Qualified Health Centers, FQHCs). Patrz: strona 24. Odwiedź findahealthcenter.hrsa.gov, aby znaleźć najbliższy ośrodek zdrowia.

Telemedycyna: Możesz być w stanie uzyskać medyczną terapię żywieniową od zarejestrowanego dietetyka lub innego pracownika służby zdrowia za pośrednictwem telezdrowia. Więcej informacji na stronie 23.

Badania & leczenie stóp

Jeśli masz w którejś stopie związane z cukrzycą uszkodzenie nerwów, Część B co 6 miesięcy pokryje koszt jednego badania stopy wykonanego przez podiatrę lub innego specjalistę zajmującego się leczeniem stóp, chyba że z powodu innego schorzenia stopy byłeś(-aś) w ciągu ostatnich 6 miesięcy z wizytą u specjalisty zajmującego się leczeniem stóp. Medicare może pokrywać częstsze wizyty, jeśli przeszedłeś/przeszłaś nietraumatyczną (niespowodowaną urazem) amputację całej lub części stopy lub jeśli zmienił się wygląd Twojej stopy, co może wskazywać na poważną chorobę stopy. Pamiętaj, że podczas leczenia stopy powinieneś(-aś) być pod opieką swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty diabetologa.

Testy na Hemoglobinę A1C

Badanie poziomu hemoglobiny A1C jest testem laboratoryjnym mierzącym, jak dobrze Twój poziom cukru we krwi był kontrolowany podczas ostatnich 3 miesięcy. Jeśli masz cukrzycę, część B pokryje to badanie po zleceniu go przez Twojego lekarza.

Badania jaskry

Część B zapłaci za Twoje badania oczu co 12 miesięcy w kierunku jaskry, jeżeli istnieje u Ciebie podwyższone ryzyko zachorowania na jaskrę. Uznaje się, że istnieje u Ciebie podwyższone ryzyko zachorowania na jaskrę, jeśli:

- Cukrzyca
- w Twojej rodzinie były przypadki jaskry; lub
- jesteś Afroamerykaninem w wieku co najmniej 50 lat; lub
- jesteś Latynosem w wieku co najmniej 65 lat.

To badanie musi być przeprowadzone lub nadzorowane przez lekarza okulistę, który ma prawne zezwolenie na świadczenie takiej usługi w Twoim stanie.

Szczepienia przeciwko grypie i pneumokokom

Jeśli masz cukrzycę, masz większe ryzyko powikłań grypy i zapalenia płuc. Aby zmniejszyć to ryzyko, ważne jest, aby się zaszczepić. Z reguły Część B zapłaci za Twoje szczepienie przeciw grypie jeden raz w czasie sezonu grypowego. Część B zapłaci również za szczepienie przeciw pneumokokom, którego celem jest zapobieżenie infekcjom wywoływanym przez pneumokoki (np. niektóre rodzaje zapalenia płuc). Porozmawiaj ze swoim lekarzem lub innym pracownikiem ochrony zdrowia, aby dowiedzieć się, czy potrzebujesz tych szczepień.

Wizyta Profilaktyczna "Witamy w Medicare"

Część B obejmuje jednorazowe badanie stanu zdrowia oraz edukację i poradnictwo w zakresie usług profilaktycznych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, w których uczestniczysz w części B. Obejmują one informacje na temat poszczególnych badań, szczepień i skierowań do specjalistów. Dobrze jest wykorzystać wizytę profilaktyczną „Witamy w Medicare” jako szansę na rozmowę z lekarzem odnośnie wymaganych przez Ciebie świadczeń profilaktycznych, jak np. testy przeciwcukrzycowe.

Roczna wizyta „Wellness”

Jeżeli posiadałeś Medicare Część B przez dłużej niż 12 miesięcy, możesz skorzystać z corocznej wizyty „Wellness” aby opracować lub zaktualizować Twój osobisty plan prewencyjny na podstawie Twoich aktualnych czynników zdrowia i ryzyka.

Obejmuje to:

- Przegląd medycznej i rodzinnej historii
- Listę obecnych świadczeniodawców i leków na receptę
- Twój wzrost, waga, ciśnienie krwi i inne rutynowe pomiary
- Plan badań związanych ze świadczeniami profilaktycznymi
- Listę Twoich czynników ryzyka i opcję leczenia

Zaopatrzenie & świadczenia nie objęte przez Medicare

Oryginalne Medicare i plan Medicare na leki nie pokrywają wszystkiego. Nie są na przykład pokrywane koszty następujących materiałów i usług:

- Okulary i dobieranie okularów, z wyjątkiem stanu po zabiegu usunięcia zaćmy
- Obuwie ortopedyczne (obuwie dla osób których stopy są upośledzone ale nienaruszone)
- Operacja plastyczna

Pomocne Wskazówki & Zasoby

5

Dodatkowe informacje pomogą Ci wybrać opiekę zdrowotną i podjąć decyzję, która spełni Twoje oczekiwania.

Aby uzyskać więcej informacji na temat świadczeń Medicare związanych z cukrzycą, odwiedź [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage) lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Użytkownicy TTY powinni zadzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Numery telefonów i strony internetowe

**Centers for Disease Control and Prevention (CDC),
Department of Health and Human Services (HHS)**

cdc.gov/diabetes

1-800-232-4636

Znajdź ośrodek zdrowia

findahealthcenter.hrsa.gov

Indian Health Service

ihs.gov/diabetes

MyHealthfinder

healthfinder.gov

Narodowy program profilaktyki cukrzycy

cdc.gov/diabetes/prevention

**National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases (NIDDK) of the
National Institutes of Health (NIH), HHS (Narodowy Instytut Cukrzycy oraz
Chorób Układu Trawiennego i Nerek przy Narodowych Instytutach Zdrowia)**

niddk.nih.gov

niddk.nih.gov/health-information/diabetes

1-800-860-8747 (Clearinghouse)

Komunikacja CMS w formatach z ułatwieniami dostępu

Medicare zapewnia dodatkowe pomoce i usługi, w tym informacje w formatach z ułatwieniami dostępu, np. pisane w alfabecie braille'a lub dużym drukiem, pliki z danymi/nagrania audio, usługi dla osób głuchoniemych i niedosłyszących oraz komunikacja TTY. Jeśli poprosisz o informacje w formacie z ułatwieniami dostępu, nie będziesz pokrzywdzony(-a) z powodu ewentualnego dodatkowego czasu niezbędnego do ich dostarczenia. Oznacza to, że otrzymają Państwo dodatkowy czas na podjęcie wszelkich działań w przypadku opóźnienia w realizacji żądania.

Aby poprosić o informacje na temat Medicare lub Marketplace w formacie z ułatwieniami dostępu, możesz:

1. **Zadzwoń do nas:** W sprawie Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048.

Dla rynku: 1-800-318-2596. TTY: 1-855-889-4325

2. **Wyślij nam e-mail:** altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **Wyślij nam faks:** 1-844-530-3676.
4. **Wyślij nam list:**

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

Twoje zapytanie powinno zawierać imię i nazwisko, numer telefonu, rodzaj potrzebnych informacji (jeśli są znane) oraz adres pocztowy, na który powinniśmy wysłać materiały. Możemy skontaktować się z Tobą w celu uzyskania dodatkowych informacji.

Uwaga: Jeśli jesteś zapisany do Medicare Advantage Plan lub Medicare Prescription Drug Plan, skontaktuj się ze swoim ubezpieczycielem, aby uzyskać informacje na temat dostępnych usług w odpowiednim formacie. W przypadku Medicaid, skontaktuj się ze swoim stanowym lub lokalnym biurem Medicaid.

Informacja o niedyskryminowaniu

Ośrodki Usług Medicare i Medicaid (CMS) nie wykluczają żadnej osoby, nie odmawiają jej świadczeń ani w żaden inny sposób nie dyskryminują nikogo ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, niepełnosprawność, płeć (w tym orientacja seksualna i tożsamość płciowa) lub wiek, podczas przyjmowania, uczestnictwa lub otrzymywania usług i świadczeń w ramach któregośkolwiek z programów i działań CMS, niezależnie od tego, czy są one przeprowadzane bezpośrednio przez CMS, przez kontrahenta lub przez jakikolwiek inny podmiot, który CMS angażuje do swoich programów i działań.

Jeżeli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące uzyskania informacji w dostępnym dla Ciebie formacie, możesz skontaktować się z CMS w którykolwiek ze sposobów podanych w niniejszej informacji.

Możesz również złożyć skargę, jeśli uważasz, że zostałeś poddany(a) dyskryminacji w programie lub działalności CMS, w tym doświadczyłeś problemów z uzyskaniem informacji w dostępnym formacie z dowolnego programu korzyści z medycyny, leków na receptę, stanowego lub lokalnego biura Medicaid lub Kwalifikowanego Stanu Zdrowia (QHP). Istnieją trzy sposoby złożenia skargi w Departamencie USA ds. Zdrowia i Opieki Społecznej – Biuro ds. Praw Obywatelskich [U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights]:

1. Przez Internet:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

2. Telefonicznie: Zadzwoń pod numer 1-800-368-1019. Użytkownicy TTY mogą zadzwonić pod numer 1-800-537-7697.

3. Listownie: Wyślij informacje o swojej skardze na adres:

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

Do Oficjalnego Użytku
Kara za Użytek Prywatny, \$300

CMS Product No. 11022-POL (Polish)
June 2023

Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs

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

