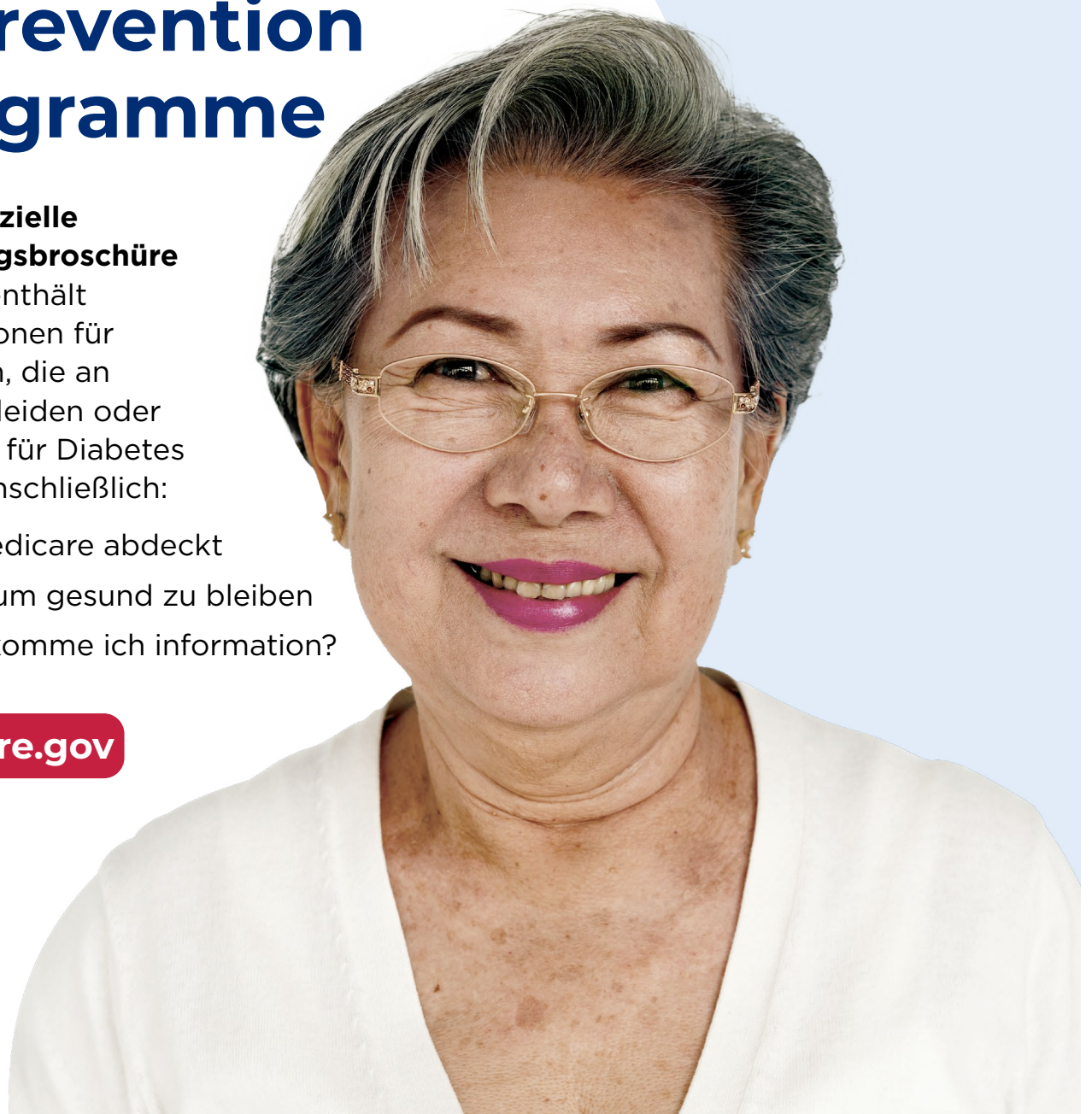


# Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Dienstleistungen, & Prevention Programme

Diese **offizielle  
Regierungsbroschüre  
Booklet** enthält  
Informationen für  
Menschen, die an  
Diabetes leiden oder  
ein Risiko für Diabetes  
haben, einschließlich:

- Was Medicare abdeckt
- Wege, um gesund zu bleiben
- Wo bekomme ich information?

[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)



**Medicare**

# Inhaltsverzeichnis

- 1 **Abschnitt 1:** Die Grundlagen
- 5 **Abschnitt 2:** Medicare-Deckung für Diabetes-Zubehör und -Ausrüstung
- 9 **Abschnitt 3:** Medicare-Deckung für Diabetes-Medikamente
- 11 **Abschnitt 4:** Medicare-Deckung für Diabetesdienste und -prävention Programme
- 17 **Abschnitt 5:** Mehr Informationen
- 19 **Abschnitt 6:** Definitionen



## **Abschnitt 1:**

# **Die Grundlagen**

Diese Broschüre beschreibt die Diabetesversorgung, -dienstleistungen und -präventionsprogramme, die von Original Medicare und Medicare Drug Coverage (Teil D) abgedeckt werden.

Original Medicare umfasst Teil A (Krankenhausversicherung) und Teil B (Krankenversicherung). Wenn Sie Original Medicare haben, können Sie einem separaten Medicare-Medikamentenplan beitreten, um Teil D zu erhalten.

Wenn Sie Medicare Advantage (auch als Teil C bezeichnet) haben, haben Sie Teil A, Teil B und normalerweise Teil D Deckung. Wenden Sie sich an Ihren Plan, um mehr über Ihre Abdeckung von Diabetes-Produkten und -Dienstleistungen zu erfahren.

## **Ihr Versicherungsschutz auf einen Blick**

Die Tabelle auf den folgenden Seiten gibt Ihnen einen Überblick über einige der Diabetes-Lieferungen und -Dienstleistungen, die Teil B und Teil D abdecken.

<b>Lieferung oder Dienstleistung</b>	<b>Was Medicare abdeckt</b>	<b>Was Sie bezahlen</b>
<p><b>Diabetes-Medikamente</b> Gehe zu Seite 10.</p>	<p>Teil D deckt die meisten Diabetes-Medikamente zur Aufrechterhaltung des Blutzuckerspiegels (Zucker) ab. In einigen Fällen kann Teil B Insulin abdecken.</p>	<p><b>Coinsurance</b> oder <b>copayment</b>.  Teil D <b>deductible</b> können ebenfalls zutreffen.</p>
<p><b>Diabetes-Vorsorgeuntersuchungen</b> Gehe zu Seite 12.</p>	<p>Teil B deckt diese Screenings ab, wenn Ihr Arzt feststellt, dass Sie ein Risiko für Diabetes haben. Sie können möglicherweise bis zu 2 Diabetes-Screenings pro Jahr erhalten, wenn Sie sich qualifizieren.</p>	<p>Nichts, wenn Ihr Gesundheitsdienstleister <b>assignment</b> akzeptiert.</p>
<p><b>Medicare-Diabetes-Präventionsprogramm</b> Gehe zu den Seiten 12–13.</p>	<p>Teil B behandelt ein Programm zur Änderung des Gesundheitsverhaltens, das Ihnen hilft, Diabetes einmal in Ihrem Leben zu verhindern.</p>	<p>Nichts, wenn Sie sich qualifizieren.</p>
<p><b>Selbstmanagement-Training für Diabetes</b> Gehe zu den Seiten 13–14.</p>	<p>Teil B behandelt dieses Training, wenn bei Ihnen Diabetes diagnostiziert wurde und Sie lernen möchten, wie Sie mit Ihrer Krankheit umgehen können. Um diese Schulung zu erhalten, benötigen Sie eine schriftliche Anordnung Ihres Arztes oder eines anderen Gesundheitsdienstleisters.</p>	<p>20 % des <b>Medicare-approved amount</b>, nachdem Sie den Selbstbehalt von Teil B erfüllt haben.</p>
<p><b>Diabetesvorräte &amp; Ausrüstung</b> Gehe zu Seite 6.</p>	<p>Teil B behandelt Blutzuckermessgeräte (Zuckermessgeräte) und zugehörige Verbrauchsmaterialien (wie Teststreifen und Lanzetten), kontinuierliche Glukosemessgeräte und langlebige Insulinpumpen. Es kann Beschränkungen geben, wie viel oder wie oft Sie diese Vorräte erhalten.</p>	<p>20 % des von Medicare genehmigten Betrags, nachdem Sie den Selbstbehalt von Teil B erfüllt haben.  35 US-Dollar (oder weniger) für einen einmonatigen Vorrat an Insulin, wenn Sie eine Insulinpumpe verwenden, die durch die Leistung <b>durable medical equipment</b> von Medicare abgedeckt ist. Das Der Selbstbehalt von Teil B gilt nicht.</p>

Lieferung oder Dienstleistung	Was Medicare abdeckt	Was Sie bezahlen
<b>Fußwagene</b> Gehe zu Seite 15.	Teil B umfasst alle 6 Monate Fußuntersuchungen oder -behandlungen, wenn Sie diabetesbedingte Unterschenkelschäden haben, die das Risiko für den Verlust von Gliedmaßen erhöhen können, solange Sie zwischen den Besuchen aus einem anderen Grund keinen Fußpfleger aufgesucht haben.	20 % des <b>Medicare-approved amount</b> nachdem Sie den Teil B <b>Selbstbehalt</b> erfüllt haben.
<b>Glaukom-Vorsorgeuntersuchungen</b> Gehe zu Seite 15.	Teil B umfasst diese Screenings zur Überprüfung Ihres Sehvermögens und der Gesundheit des Sehnervs, um nach Anzeichen der Augenkrankheit Glaukom zu suchen. Sie können alle 12 Monate einen bekommen, wenn Sie ein hohes Risiko für ein Glaukom haben. Damit Medicare diese Vorsorgeuntersuchungen abdeckt, muss ein Augenarzt Wer in Ihrem Bundesstaat gesetzlich berechtigt ist, Glaukومتests durchzuführen, muss das Screening durchführen oder überwachen.	20 % des von Medicare genehmigten Betrags, nachdem Sie den Selbstbehalt von Teil B erfüllt haben.
<b>Insulin</b> Gehe zu Seite 10.	Teil B deckt Insulin ab, wenn Sie eine Insulinpumpe verwenden, die unter die Leistung für langlebige medizinische Geräte Teil B fällt.  Teil D umfasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injizierbares Insulin, das nicht mit einer herkömmlichen Insulinpumpe verwendet wird.</li> <li>• Insulin, das mit einer Einweg-Insulinpumpe verwendet wird.</li> <li>• Insulin, das inhaliert wird.</li> </ul>	35 \$ (oder weniger) für einen einmonatigen Vorrat an Insulin gemäß Part B und Teil D. Der Selbstbehalt von Teil B gilt nicht.
<b>Insulinbezogene Verbrauchsmaterialien</b> Gehe zu Seite 10.	Teil D betrifft bestimmte medizinische Hilfsmittel, die für Insulininjektionen verwendet werden (z. B. Spritzen, Nadeln, Alkoholtupfer, Gaze). Einige Medicare Part D-Pläne können auch Einweg-Pumpengeräte abdecken, die Insulin abgeben.	<b>Coinsurance</b> oder <b>copayment</b> .  Der Selbstbehalt nach Teil D kann ebenfalls gelten.
<b>Shots (oder Impfstoffe)</b> Gehe zu den Seiten 15–16.	Wenn Sie Diabetes haben, haben Sie eine höhere Risiko von Komplikationen durch bestimmte Krankheiten. Um Ihr Infektionsrisiko zu verringern: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teil B deckt Grippe-, Pneumokokken-, Hepatitis-B- und COVID-19-Impfungen ab.</li> <li>• Teil D umfasst alle Impfstoffe, die der Beratende Ausschuss für Immunisierungspraktiken (ACIP) empfiehlt, einschließlich Zoster (Gürtelrose), Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) und andere Impfungen.</li> </ul>	Nichts für Teil B vaccines Wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister <b>assignment</b> akzeptiert.  Nichts für Teil-D-Impfstoffe, wenn die ACIP sie empfiehlt.

<b>Lieferung oder Dienstleistung</b>	<b>Was Medicare abdeckt</b>	<b>Was Sie bezahlen</b>
<p><b>Hämoglobin-A1C-Tests</b> Gehe zu Seite 15.</p>	<p>Diese Labortests messen, wie gut Ihr Blutzuckerspiegel (Zucker) in den letzten 3 Monaten kontrolliert wurde.</p> <p>Wenn Sie an Diabetes leiden, deckt Teil B diesen Test ab, wenn Ihr Arzt ihn verordnet.</p>	<p>Nichts für von Medicare abgedeckte klinische diagnostische Labortests.</p>
<p><b>Dienstleistungen der medizinischen Ernährungstherapie</b> Gehe zu den Seiten 14–15.</p>	<p>Teil B kann diese Leistungen abdecken, wenn Sie Diabetes oder eine Nierenerkrankung haben. Ein Arzt muss Sie für diese Leistungen überweisen. Nur ein registrierter Ernährungsberater oder Ernährungsexperte, der bestimmte Anforderungen erfüllt, kann diese Dienstleistungen erbringen.</p>	<p>Nichts, wenn Sie sich qualifizieren.</p>
<p><b>Therapeutische Schuhe oder Einlagen</b> Gehe zu Seite 8.</p>	<p>Teil B deckt therapeutische Schuhe oder Einlagen ab, wenn Sie an Diabetes und schweren diabetesbedingten Fußkrankheiten leiden.</p>	<p>20 % des <b>Medicare-genehmigten Betrags</b> nachdem Sie den Teil-B-<b>Selbstbehalt</b> erfüllt haben.</p>
<p><b>Vorsorgebesuch „Willkommen bei Medicare“</b> Gehe zu Seite 16.</p>	<p>Während der ersten 12 Monate, in denen Sie Teil B haben, deckt Medicare einen einmaligen Vorsorgebesuch „Willkommen bei Medicare“ ab. Dieser Besuch ist keine körperliche Untersuchung – es ist ein Besuch, um Ihren Gesundheitszustand zu überprüfen, Ihnen Informationen und Beratung zu Präventionsleistungen (einschließlich bestimmter Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen) zu geben und bei Bedarf Überweisungen für andere Behandlungen zu erhalten.</p>	<p>Nichts, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister <b>assignment</b> akzeptiert. Der Selbstbehalt von Teil B gilt nicht.</p> <p>Möglicherweise müssen Sie a bezahlen <b>coinsurance</b> und die Der Selbstbehalt von Teil B kann gelten, wenn Ihr Anbieter während Ihres Besuchs zusätzliche Tests oder Dienstleistungen durchführt, die Medicare im Rahmen dieses Vorsorgebesuchs nicht abdeckt.</p>
<p><b>Jährlicher „Wellness“-Besuch</b> Gehe zu Seite 16.</p>	<p>Wenn Sie Teil B bereits länger als 12 Monate haben, deckt Medicare einen jährlichen “Wellness“-Besuch ab. Dieser Besuch ist keine körperliche Untersuchung—es ist ein Besuch, um Ihren persönlichen Plan zur Vorbeugung von Krankheiten und Behinderungen auf der Grundlage Ihres aktuellen Gesundheitszustands und Ihrer Risikofaktoren zu entwickeln oder zu aktualisieren.</p>	<p>Nichts, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister den Auftrag akzeptiert. Der Selbstbehalt von Teil B gilt nicht.</p> <p>Möglicherweise müssen Sie eine Mitversicherung zahlen, und der Selbstbehalt von Teil B kann gelten, wenn Ihr Anbieter während Ihres Besuchs zusätzliche Tests oder Dienstleistungen durchführt, die Medicare im Rahmen dieses Vorsorgebesuchs nicht abdeckt.</p>



## Abschnitt 2:

# Medicare-Deckung für Diabetes-Zubehör und -Ausrüstung

In diesem Abschnitt erhalten Sie Informationen darüber, welche Verbrauchsmaterialien und Geräte Teil B (Krankenversicherung) abdeckt.

**Hinweis:** Gehe zu Seite 19 für Definitionen von **blue** words

## Blutzuckergeräte und -zubehör

Teil B umfasst Selbsttestgeräte und Zubehör für Blutzucker (Zucker) als **durable medical equipment**, einschließlich:

- Blutzuckermessgeräte
- Blutzucker-Teststreifen
- Lanzetten und Lanzettenhalter
- Glukosekontrolllösungen (zur Überprüfung der Genauigkeit von Teststreifen und Monitoren)

Die Menge der Verbrauchsmaterialien, die Teil B abdeckt, variiert. Alle 3 Monate können Sie möglicherweise:

- Holen Sie sich bis zu 300 Teststreifen und 300 Lanzetten, wenn Sie Insulin verwenden.
- Holen Sie sich 100 Teststreifen und 100 Lanzetten, wenn Sie kein Insulin verwenden.

**Hinweis:** Wenn Ihr Arzt sagt, dass es medizinisch notwendig ist, und Sie andere Anforderungen erfüllen, ermöglicht Ihnen Medicare, zusätzliche Teststreifen und Lanzetten zu erhalten. Möglicherweise müssen Sie Aufzeichnungen führen, aus denen hervorgeht, wie oft Sie sich tatsächlich testen.

## Kontinuierliche Glukosemonitore

Kontinuierliche Glukosemessgeräte verfolgen Ihren Blutzuckerspiegel über ein Gerät, das an Ihrem Körper befestigt ist. Wenn Sie an Diabetes leiden, kann Teil B ein kontinuierliches Glukosemessgerät und die damit verbundenen Verbrauchsmaterialien abdecken, wenn Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister sie Ihnen verschreibt und Sie die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Sie nehmen Insulin ein oder haben in der Vergangenheit Probleme mit niedrigem Blutzucker.
- Ihr Arzt hat entschieden, dass Sie oder Ihre Pflegekraft ausreichend geschult sind, um ein kontinuierliches Glukosemessgerät zu verwenden.

Bevor Ihr Anbieter ein kontinuierliches Glukosemessgerät verschreibt, muss er sich mit Ihnen treffen, um Ihren Zustand zu beurteilen und zu entscheiden, ob Sie sich für eines qualifizieren. Wenn Sie dies tun, müssen Sie routinemäßige persönliche oder von Medicare genehmigte telemedizinische Besuche mit Ihrem Arzt durchführen.

## Insulinpumpen

Wenn Sie eine Insulinpumpe verwenden, die außerhalb des Körpers (extern) getragen wird und nicht wegwerfbar ist, kann Teil B das mit der Pumpe verwendete Insulin und die Pumpe selbst als langlebige medizinische Geräte abdecken. Wenn Sie in bestimmten Gebieten des Landes leben, müssen Sie möglicherweise bestimmte Insulinpumpenlieferanten für Medicare verwenden, um für eine langlebige Insulinpumpe zu bezahlen.



### Was benötige ich von meinem Arzt, um diese Versorgung abzudecken?

Medicare deckt diese Geräte und Verbrauchsmaterialien nur ab, wenn Sie ein Rezept von Ihrem Arzt erhalten. Das Rezept sollte Informationen enthalten, wie:

- Ob Sie Diabetes haben.
- Welche Art von Blutzuckermessgerät Sie benötigen und warum Sie es brauchen. (Wenn Sie aufgrund von Sehproblemen einen speziellen Monitor benötigen, muss Ihr Arzt dies erklären).
- Ob Sie Insulin verwenden.
- Wie oft Sie Ihren Blutzucker testen sollten.
- Wie viele Teststreifen und Lanzetten Sie für einen Monat benötigen.

**Hinweis:** Sie benötigen alle 12 Monate ein neues Rezept von Ihrem Arzt für Ihre Lanzetten und Teststreifen. Sie müssen auch nach Nachschub für Ihre Vorräte fragen.

### Wo bekomme ich diese Vorräte?

Sie können Ihre Verbrauchsmaterialien in Ihrer Apotheke oder über einen Lieferanten medizinischer Geräte (jedes Unternehmen, jede Person oder Agentur, die Ihnen einen medizinischen Artikel oder eine Dienstleistung anbietet, es sei denn, Sie sind stationär in einem Krankenhaus oder einer qualifizierten Pflegeeinrichtung tätig) bestellen, nachdem Ihr Arzt Ihnen die Rezepte ausgestellt oder gesendet hat. Wenn Sie eine Versandapotheke oder einen Lieferanten von medizinischen Geräten nutzen, müssen Sie anrufen, um Ihre Bestellung aufzugeben.

### Welche Apotheke oder welchen Lieferanten sollte ich verwenden?

Stellen Sie sicher, dass Sie Ihre Vorräte von einer Apotheke oder einem Lieferanten beziehen, der bei Medicare registriert ist. Wenn sie an Medicare teilnehmen, müssen sie **assignment** akzeptieren. Das bedeutet:

- Ihre Auslagen können geringer sein.
- Sie erklären sich damit einverstanden, Ihnen nur den Medicare-**deductible** und **coinsurance** Betrag in Rechnung zu stellen und warten normalerweise, bis Medicare seinen Anteil bezahlt hat, bevor sie Sie auffordern, Ihren Anteil zu zahlen.
- Sie müssen Ihren Antrag direkt bei Medicare einreichen und können Ihnen keine Gebühren für die Einreichung des Anspruchs in Rechnung stellen.

Wenn Ihre Apotheke oder Ihr Lieferant **nicht** Abtretung annimmt, zahlen Sie die gesamte Gebühr zum Zeitpunkt der Leistung. Bevor Sie sich etwas besorgen, fragen Sie die Apotheke oder den Lieferanten:

- Sind Sie bei Medicare eingeschrieben?
- Akzeptieren Sie einen Auftrag?

Um einen Lieferanten zu finden, der bei Medicare registriert ist, besuchen Sie [Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. TTY-Benutzer können anrufen 1-877-486-2048.

**Hinweis:** Medicare zahlt nicht für Verbrauchsmaterialien, die Sie nicht angefordert haben, oder für Verbrauchsmaterialien, die Ihnen automatisch von Lieferanten zugesandt wurden, einschließlich Blutzuckermessgeräte, Teststreifen und Lanzetten. Wenn Sie automatisch Verbrauchsmaterialien zugeschickt bekommen, irreführende Werbung erhalten oder Betrug im Zusammenhang mit Ihren Verbrauchsmaterialien vermuten, rufen Sie 1-800-MEDICARE an.

### **Wie ersetze ich verlorene oder beschädigte langlebige medizinische Geräte oder Verbrauchsmaterialien bei einer Katastrophe oder einem Notfall?**

Wenn Original Medicare bereits für **langlebige medizinische Geräte** (wie eine herkömmliche Insulinpumpe) oder Verbrauchsmaterialien (wie diabetesbezogene Verbrauchsmaterialien) bezahlt hat und diese aufgrund eines Notfalls oder einer Katastrophe beschädigt oder verloren gegangen sind:

- In bestimmten Fällen übernimmt Medicare die Kosten für die Reparatur oder den Ersatz Ihrer Geräte oder Verbrauchsmaterialien.
- Im Allgemeinen übernimmt Medicare auch die Kosten für die Anmietung von Gegenständen (z. B. Rollstühlen), während Ihre Ausrüstung repariert wird.

Weitere Informationen finden Sie unter [Medicare.gov/providers-services/disaster-emergency](https://www.medicare.gov/providers-services/disaster-emergency), oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. TTY-Benutzer können 1-877-486-2048 anrufen.

### **Therapeutische Schuhe oder Einlagen**

Wenn Sie an Diabetes und einer schweren diabetesbedingten Fußkrankung leiden, wird Teil B jedes Jahr eine dieser abdecken:

- Ein Paar Schuhe mit Tiefeneinlage und 3 Paar Einsätze
- Ein Paar individuell geformte Schuhe (einschließlich Einsätze), wenn Sie aufgrund einer Fußdeformität keine Tiefeneinlagenschuhe tragen können, und 2 weitere Paar Inserts

**Anmerkung:** In bestimmten Fällen kann Medicare auch separate Einsätze oder Schuhmodifikationen anstelle von Einlegern abdecken.

### **Wie bekomme ich therapeutische Schuhe oder Einlagen?**

Damit Medicare Ihre therapeutischen Schuhe oder Einlagen bezahlen kann, muss der Arzt, der Ihren Diabetes behandelt, bescheinigen, dass Sie diese 3 Bedingungen erfüllen:

1. Sie haben Diabetes.
2. Sie haben mindestens eine der folgenden Bedingungen in einem oder beiden Füßen:
  - Teilweise oder vollständige Fußamputation
  - Vergangene Fußgeschwüre
  - Schwielen, die zu Fußgeschwüren führen können
  - Nervenschäden durch Diabetes mit Anzeichen von Problemen mit Schwielen
  - Schlechte Durchblutung
  - Ein deformierter Fuß
3. Sie werden im Rahmen eines umfassenden Diabetes-Behandlungsplans behandelt und benötigen aufgrund von Diabetes therapeutische Schuhe und/oder Einlagen.

Medicare verlangt auch, dass:

- A podologe (Fußarzt) oder ein anderer qualifizierter Gesundheitsdienstleister verschreibt die Schuhe oder Einlagen.
- Ein Arzt oder eine andere qualifizierte Person (wie ein Fußorthopädietechniker, Orthopädietechniker oder Prothesentechniker) passt Ihre Schuhe oder Einlagen an und stellt sie zur Verfügung.



### Abschnitt 3:

# Medicare-Deckung für Diabetes-Medikamente

In diesem Abschnitt erhalten Sie Informationen darüber, welche Diabetesmedikamente durch die Medicare-Arzneimitteldeckung (Teil D) oder einen Medicare Advantage-Plan mit Arzneimitteldeckung abgedeckt sind. Medicare-Arzneimittelversicherung deckt Diabetesmedikamente ab, einschließlich Insulin und Verbrauchsmaterialien im Zusammenhang mit Ihrem Insulin.

## Diabetes-Medikamente

Medicare Part D kann eine Vielzahl von Diabetes-Medikamenten abdecken. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Plan, welche Medikamente sie abdecken.

### Insulin

Teil B übernimmt Insulin, wenn Sie eine Insulinpumpe verwenden, die unter die Leistung **durable medical equipment** von Teil B fällt. Teil B behandelt langlebige Insulinpumpen, die außerhalb des Körpers (extern) getragen werden, einschließlich des mit der Pumpe verwendeten Insulins.

Wenn Sie einen Plan für Teil D haben, kann er Folgendes abdecken:

- Injizierbares Insulin, das nicht mit einer herkömmlichen Insulinpumpe verwendet wird
- Insulin, das mit einer Einweg-Insulinpumpe verwendet wird
- Insulin, das inhaliert wird

Die Kosten für eine einmonatige Versorgung mit jedem Insulin, das Teil B und D abdeckt, betragen nicht mehr als 35 \$, und Sie müssen keinen **Selbstbehalt** für Ihr Insulin bezahlen. Dies gilt für alle, die Insulin einnehmen, auch wenn Sie zusätzliche Hilfe erhalten (ein Medicare-Programm, das Menschen mit begrenztem Einkommen und begrenzten Ressourcen hilft, Medicare Part D-Prämien, Selbstbehalte, **Mitversicherung** und andere Kosten zu bezahlen).

Wenn Sie einen zwei- oder dreimonatigen Vorrat an Insulin erhalten, dürfen Ihre Kosten nicht mehr als 35 US-Dollar für jeden Monatsvorrat jedes abgedeckten Insulinprodukts betragen. Zum Beispiel werden Sie zahlen Sie in der Regel nicht mehr als 70 US-Dollar für einen zweimonatigen Vorrat an abgedecktem Insulin. Ähnliche Kostengrenzwerte gelten für Insulin, das in herkömmlichen Insulinpumpen verwendet wird, die unter Teil B fallen.

### Insulinbezogene Vorräte

Wenn Sie einen Teil-D-Plan haben, sind die Vorräte, die Sie zur Injektion von Insulin in Ihren Körper verwenden, abgedeckt, wie:

- Alkoholtupfer
- Nadeln
- Gaze
- Spritzen

Einige Medicare Part D-Pläne können auch Einweg-Pumpengeräte abdecken, die Insulin abgeben.

Teil B deckt keine Insulin-Pens oder insulinbezogene Verbrauchsmaterialien wie Spritzen, Nadeln, Alkoholtupfer oder Gaze ab.



## Abschnitt 4:

# Medicare-Deckung für Diabetes-Dienstleistungen & Präventionsprogramme

In diesem Abschnitt finden Sie Informationen zu den Dienstleistungen und Präventionsprogrammen, die Teil B (Krankenversicherung) abdeckt, einschließlich Schulungen, die Ihnen helfen, Diabetes zu verhindern, zu erkennen und zu behandeln. In diesem Abschnitt finden Sie auch Informationen zu Impfstoffen, die von Teil B und Medicare-Arzneimitteldeckung (Teil D) abgedeckt werden.

## Diabetes-Vorsorgeuntersuchungen

Teil B umfasst Laboruntersuchungen für Blutzucker (Zucker), wenn Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister feststellt, dass Sie ein Risiko für die Entwicklung von Diabetes haben. Sie können ein Risiko für Diabetes haben, wenn Sie:

- Hoher Blutdruck
- Vorgeschichte von abnormalen Cholesterin- und Triglyceridspiegeln
- Obesitas (definiert als ein Body-Mass-Index (BMI) von 30 oder höher)
- Beeinträchtigte Glukosetoleranz (Zuckertoleranz)
- Vorgeschichte von hohem Blutzucker

Teil B deckt auch diese Screenings ab, wenn Sie 2 oder mehr dieser Risikofaktoren haben:

- Sie sind übergewichtig (definiert als ein BMI zwischen 25 und 29,9)
- Sie haben eine familiäre Vorgeschichte von Diabetes (Eltern oder Geschwister)
- Sie haben eine Vorgeschichte von Schwangerschaftsdiabetes (Diabetes während der Schwangerschaft) oder haben ein Baby mit einem Gewicht von mehr als 9 Pfund zur Welt gebracht
- Sie sind 65 Jahre oder älter

Wenn Sie sich für Diabetes-Screenings qualifizieren, können Sie bis zu 2 Screenings pro Jahr durchführen lassen (innerhalb von 12 Monaten nach Ihrem letzten Screening). Nach Ihrem ersten Diabetes-Screening-Test wird Ihr Arzt feststellen, ob Sie einen zweiten Test benötigen. Medicare deckt diese Diabetes-Screenings ab:

- Nüchternglukose (Zucker) Bluttests
- Hämoglobin-A1C-Tests
- Andere von Medicare zugelassene Glukose-(Zucker-)Bluttests, soweit angemessen

Wenn Sie glauben, dass Sie ein Risiko für Diabetes haben, sprechen Sie mit Ihrem Arzt, um herauszufinden, ob Sie diese Tests durchführen lassen sollten.

## Medicare-Diabetes-Präventionsprogramm

Teil B deckt ein Programm zur Änderung des Gesundheitsverhaltens ab, das Ihnen hilft, Typ-2-Diabetes einmal in Ihrem Leben zu verhindern. Das Programm beginnt mit 16 wöchentlichen Gruppensitzungen, die von Coaches in einer Gruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten geleitet werden. In diesen Sitzungen erhalten Sie:

- Training, um realistische, dauerhafte Verhaltensänderungen in Bezug auf Ernährung und Bewegung vorzunehmen
- Tipps, wie Sie sich mehr bewegen können
- Strategien, um Ihr Gewicht zu kontrollieren
- Ein speziell ausgebildeter Coach, der Ihnen hilft, motiviert zu bleiben
- Unterstützung von Menschen mit ähnlichen Zielen und Herausforderungen

Sie können wählen, ob Sie an den Sitzungen persönlich, virtuell oder beides teilnehmen möchten. Sobald Sie die Kernsitzungen abgeschlossen haben, erhalten Sie 6 monatliche Folgesitzungen, die Ihnen helfen, gesunde Gewohnheiten beizubehalten.

Um sich zu qualifizieren, müssen Sie über Folgendes verfügen:

- Teil B (oder ein Medicare Advantage-Plan)
- Testergebnisse (innerhalb von 12 Monaten nach Ihrer ersten Sitzung), die zeigen, dass Sie Prädiabetes haben:
  - Hämoglobin-A1C-Testergebnis zwischen 5,7 % und 6,4 %
  - Nüchtern-Plasmaglukose von 110-125 mg/dl
  - 2-stündige Plasmaglukose von 140-199 mg/dL (oraler Glukosetoleranztest)
- Ein Body-Mass-Index (BMI) von 25 oder mehr (BMI von 23 oder mehr, wenn du Asiate bist)
- Keine Vorgeschichte von Typ-1- oder Typ-2-Diabetes
- Keine Nierenerkrankung im Endstadium (ESRD)
- Noch nie am Medicare-Diabetes-Präventionsprogramm teilgenommen

Besuchen Sie [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program) , um Programme in Ihrer Nähe zu finden.

## Diabetes-Selbstmanagement-Training

Wenn bei Ihnen Diabetes diagnostiziert wurde, deckt Teil B ein Diabetes-Selbstmanagement-Training ab, das Ihnen hilft, zu lernen, wie Sie mit Ihrem Diabetes umgehen können. Ihr Arzt oder ein anderer qualifizierter Gesundheitsdienstleister muss Ihnen eine schriftliche Anordnung ausstellen, damit Sie diese Schulung erhalten können.

### Wie viel Training ist abgedeckt?

Medicare übernimmt bis zu 10 Stunden Ersts Schulung – 1 Stunde Einzeltraining und 9 Stunden Gruppentraining. Sie müssen die Erstausbildung innerhalb von 12 Monaten ab Beginn abschließen. Sie können auch 2 Stunden Nachschulung pro Jahr erhalten, nach dem Jahr, in dem Sie die Ersts Schulung erhalten. Das Nachtraining kann Einzeltraining oder Gruppensitzungen sein. Ihr Anbieter muss dieses Follow-up-Training jedes Jahr bestellen, damit Medicare es abdeckt.

**Wichtig:** Ihr Anbieter kann bis zu 10 Stunden Einzeltraining anstelle von Gruppensitzungen verschreiben. Sie können Einzeltraining erhalten, wenn Sie eine Sehbehinderung, eine Hörbehinderung, Sprach- oder andere Kommunikationsschwierigkeiten oder kognitive Einschränkungen haben. Medicare deckt auch Einzelschulungen ab, wenn innerhalb von 2 Monaten nach dem Datum der Bestellung keine Gruppen verfügbar sind.

### Wo kann ich diese Schulung erhalten?

Sie müssen diese Schulung von einer zugelassenen Person oder einem zugelassenen Programm als Teil eines Pflegeplans erhalten, den Ihr Anbieter vorbereitet. Ihr Anbieter wird Ihnen in der Regel Informationen darüber geben, wo Sie diese Schulung erhalten können.

Diabetes-Selbstmanagement-Schulungen werden in vielen staatlich qualifizierten Gesundheitszentren (FQHCs) angeboten. FQHCs bieten Gesundheitsdienstleistungen für medizinisch unterversorgte Menschen und Gruppen an, die keinen angemessenen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Sie müssen keinen Teil B **deductible** bezahlen. Besuchen Sie [findahealthcenter.hrsa.gov](https://findahealthcenter.hrsa.gov) , um ein Gesundheitszentrum in Ihrer Nähe zu finden.

**Telemedizin:** Bis zum 30. September 2025 können Sie an jedem Ort in den USA, auch bei Ihnen zu Hause, ein Diabetes-Selbstmanagementtraining absolvieren. Ab dem 1. Oktober 2025 müssen Sie sich in einem Büro oder einer medizinischen Einrichtung in einer ländlichen Gegend (in den USA) befinden, um diese Schulung über Telemedizin zu erhalten.

### **Was werde ich in diesem Training lernen?**

Die erste Diabetes-Selbstmanagement-Schulung ist ein Einzelgespräch (eins zu eins), um den Instruktoren zu helfen, Ihre Bedürfnisse besser zu verstehen. Classroom-Schulungen behandeln Themen wie:

- Allgemeine Informationen zu Diabetes, einschließlich:
  - Vorteile der Blutzuckerkontrolle
  - Risiken einer schlechten Blutzuckerkontrolle
  - Blutzuckermessung und wie Sie Ihre Diabeteskontrolle verbessern können
  - Wie Ernährung, Bewegung und Medikamente den Blutzucker beeinflussen
  - Wie man die Blutzuckerkontrolle verwaltet und verbessert
- Verhaltensänderungen, Zielsetzung und Problemlösung, einschließlich:
  - Wie Sie Komplikationen durch Ihren Diabetes verhindern, erkennen und behandeln können
  - Ernährung und wie Sie Ihre Ernährung verwalten
  - Warum Bewegung für Ihre Gesundheit wichtig ist
  - Nehmen Sie Ihre Medikamente richtig ein
  - Fuß-, Haut- und Zahnpflege
  - Wie man sich emotional an Diabetes gewöhnt
  - Familieneinbindung und Unterstützung
  - Nutzung des Gesundheitssystems und der Ressourcen in Ihrer Gemeinde

### **Medizinische Ernährungstherapiedienste**

Zusätzlich zum Diabetes-Selbstmanagementtraining umfasst Teil B medizinische Ernährungstherapieleistungen, wenn Sie an Diabetes oder Nierenerkrankungen leiden und bestimmte Kriterien erfüllen. Ein Arzt muss Sie für diese Leistungen überweisen. Ein registrierter Ernährungsberater (oder bestimmte andere Ernährungsexperten) kann Ihnen diese Dienstleistungen anbieten:

- Eine erste Bewertung der Ernährung und des Lebensstils
- Ernährungsberatung (welche Lebensmittel man essen sollte und wie man einen individuellen diabetischen Ernährungsplan befolgt)
- Tipps zum Umgang mit Lebensstilfaktoren, die Ihren Diabetes beeinflussen
- Nachsorgebesuche, um Ihre Fortschritte zu überprüfen

Die medizinische Ernährungstherapie ist in vielen staatlich qualifizierten Gesundheitszentren (FQHCs) verfügbar. Besuchen Sie [findahealthcenter.hrsa.gov](https://findahealthcenter.hrsa.gov), um ein Gesundheitszentrum in Ihrer Nähe zu finden.



**Telemedizin:** Bis zum 30. September 2025 können Sie an jedem Ort in den USA über Telemedizin medizinische Ernährungstherapiedienste in Anspruch nehmen. Ab dem 1. Oktober 2025 müssen Sie sich in einem Büro oder einer medizinischen Einrichtung in einer ländlichen Gegend (in den USA) befinden, um medizinische Ernährungstherapiedienste von einem registrierten Ernährungsberater oder einer anderen Ernährungsfachkraft über Telemedizin zu erhalten.

## Fußpflege

Wenn Sie diabetesbedingte Unterschenkelchäden haben, die das Risiko für den Verlust von Gliedmaßen erhöhen können, umfasst Teil B alle 6 Monate eine Fußuntersuchung durch einen Podologen (Fußarzt) oder einen anderen Fußpflegespezialisten, solange Sie zwischen den Besuchen keinen Fußpfleger aus einem anderen Grund gesehen haben. Medicare kann häufigere Besuche abdecken, wenn Sie eine nicht traumatische (nicht durch eine Verletzung verursachte) Amputation des gesamten oder eines Teils Ihres Fußes hatten oder Ihre Füße sich in ihrem Aussehen verändert haben, was darauf hindeuten kann, dass Sie eine schwere Fußerkrankung haben.

## Hämoglobin-A1C-Tests

Ein Hämoglobin-A1C-Test ist ein Labortest, der misst, wie gut Ihr Blutzuckerspiegel (Zucker) in den letzten 3 Monaten kontrolliert wurde. Wenn Sie an Diabetes leiden, deckt Teil B diesen Test ab, wenn Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister ihn anordnet.

## Glaukom-Vorsorgeuntersuchungen

Glaukom-Screenings überprüfen schmerzlos Ihr Sehvermögen und die Gesundheit des Sehnervs, um nach Anzeichen der Augenkrankheit Glaukom zu suchen. In Teil B wird diese Vorführung alle 12 Monate, wenn Sie ein erhöhtes Risiko haben, an einem Glaukom zu erkranken, weil Sie mindestens eine der folgenden Erkrankungen haben:

- Diabetes
- Eine Familiengeschichte des Glaukoms
- Sind Afroamerikaner und 50 Jahre oder älter
- Sind Hispanoamerikaner und 65 Jahre oder älter

Ein Augenarzt, der diese Dienstleistung in Ihrem Bundesstaat gesetzlich anbieten darf, muss Ihnen das Screening durchführen oder überwachen.

## Shots (oder Impfstoffe)

Wenn Sie an Diabetes leiden, haben Sie ein höheres Risiko für Komplikationen durch bestimmte Krankheiten. Es ist wichtig, dass Sie sich über die empfohlenen Impfungen auf dem Laufenden halten, um Ihr Risiko für eine Infektion zu verringern.

Teil B umfasst:

- Grippe-Impfungen
- COVID-19-Impfstoffe
- Hepatitis-B-Impfungen
- Pneumokokken-Injektionen

Teil D deckt alle Impfstoffe ab, die der Beratende Ausschuss für Immunisierungspraktiken (ACIP) empfiehlt, einschließlich Masern, Mumps und Röteln (MMR), Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV), Zoster (Gürtelrose), Tdap und mehr.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder einem anderen Gesundheitsdienstleister, um herauszufinden, welche Impfstoffe für Sie geeignet sind.

## „Willkommen bei Medicare“ Vorsorgebesuch

Während der ersten 12 Monate, in denen Sie Teil B haben, können Sie einen Vorsorgebesuch „Willkommen bei Medicare“ erhalten. Während des Besuchs sprechen Sie und Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister über Dinge wie Ihre medizinische und soziale Vorgeschichte in Bezug auf Ihre Gesundheit, Aufklärung und Beratung über Präventionsdienste (wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder Impfstoffe) und Überweisungen für andere Versorgungen, die Sie möglicherweise benötigen. **Der Vorsorgebesuch „Welcome to Medicare“ ist keine körperliche Untersuchung.**

## Jährlicher “Wellness“-Besuch

Wenn Sie Teil B länger als 12 Monate haben, können Sie einen jährlichen “Wellness“-Besuch bekommen. Dieser Besuch kann Ihnen helfen, Ihren personalisierten Plan basierend auf Ihrer aktuellen Gesundheit und Ihren Risikofaktoren zu entwickeln oder zu aktualisieren. **Der jährliche “Wellness“-Besuch ist keine körperliche Untersuchung.**

Medicare deckt diesen Besuch alle 12 Monate ab und beinhaltet:

- Eine Überprüfung Ihrer medizinischen und familiären Vorgeschichte
- Eine Überprüfung Ihrer aktuellen Verschreibungen
- Ihre Größe, Ihr Gewicht, Ihren Blutdruck und andere Routinemessungen
- Ein Überblick über die Präventionsdienste
- Ihre Risikofaktoren und Behandlungsmöglichkeiten
- Ein Fragebogen zu den „sozialen Determinanten der Gesundheitsrisikobewertung“, um Ihre sozialen Bedürfnisse zu verstehen und Sie für geeignete Dienstleistungen und Unterstützung zu verweisen
- Eine kognitive Bewertung, um nach Anzeichen von Demenz, einschließlich der Alzheimer-Krankheit, zu suchen

## Supplies & Dienstleistungen, die Medicare nicht abdeckt

Original Medicare und Medicare-Arzneimitteldeckung (Teil D) decken Folgendes nicht ab:

- Brillen und Untersuchungen für Brillen, außer nach Kataraktoperationen
- Orthopädische Schuhe (Schuhe für Menschen, deren Füße beeinträchtigt, aber intakt sind)
- Schönheitsoperation



## Abschnitt 5:

# Mehr Informationen

In diesem Abschnitt finden Sie Informationen zu Ressourcen, die Ihnen helfen, Entscheidungen im Gesundheitswesen zu treffen, die Ihren Anforderungen entsprechen.

Um mehr Informationen über Diabetesversorgung, Dienstleistungen und Präventionsprogramme zu erhalten:

- Besuchen Sie [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage).
- Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. TTY-Benutzer können 1-877-486-2048 anrufen.
- Rufen Sie Ihr örtliches State Health Insurance Assistance Program (SHIP) an, um eine kostenlose, personalisierte Krankenversicherungsberatung zu erhalten. Um Ihr lokales SCHIFF zu finden, besuchen Sie [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).

## Websites & Telefonnummern

### Zentren für die Kontrolle und Prävention von Krankheiten (CDC)

Die CDC verfügt über Informationen und Ressourcen zu Prädiabetes, zur Prävention von Typ-2-Diabetes und zum Diabetesmanagement.

Besuchen Sie [CDC.gov/diabetes](https://www.cdc.gov/diabetes)

Rufen Sie 1-800-232-4636

### Nationales Diabetes-Präventionsprogramm

Das National Diabetes Prevention Program ist ein Programm zur Änderung des Lebensstils, das von der CDC geleitet wird. Das Programm hilft Menschen, Typ-2-Diabetes zu verhindern oder zu verzögern.

Besuchen Sie [CDC.gov/diabetes-prevention](https://www.cdc.gov/diabetes-prevention)

### Finden Sie ein Gesundheitszentrum

Diese Website hilft Ihnen bei der Suche nach HRSA-finanzierten Gesundheitszentren wie dem Federally Qualified Health Center (FQHC) in Ihrer Nähe.

Besuchen Sie [findahealthcenter.hrsa.gov](https://findahealthcenter.hrsa.gov)

### Indian Health Service (IHS)

IHS bietet staatliche Gesundheitsdienste für amerikanische Indianer und Ureinwohner Alaskas an. Diese Website enthält Informationen, die Ihnen bei der Vorbeugung und Behandlung von Diabetes helfen, Erfolgsgeschichten und Schulungsmaterialien.

Besuchen Sie [IHS.gov/diabetes](https://www.ihs.gov/diabetes)

### MyHealthfinder

Das MyHealthfinder-Tool gibt Ihnen personalisierte Empfehlungen für die Gesundheitsvorsorge basierend auf Ihrem Alter und Geschlecht. Sie können auch Gesundheitsinformationen über Diabetes finden.

Besuchen Sie [odphp.health.gov/myhealthfinder/health-conditions/diabetes](https://odphp.health.gov/myhealthfinder/health-conditions/diabetes)

### Staatliches Krankenversicherungsunterstützungsprogramm (SHIP)

SHIP bietet Menschen mit Medicare, ihren Familien und Betreuern eine kostenlose, personalisierte Krankenversicherungsberatung.

Besuchen Sie [shiphelp.org](https://shiphelp.org)

Rufen Sie 1-800-860-8747



## Abschnitt 6:

---

# Definitionen

**Aufgabe:** Eine Vereinbarung Ihres Arztes, Anbieters oder Lieferanten, direkt von Medicare bezahlt zu werden, den von Medicare für die Leistung genehmigten Zahlungsbetrag zu akzeptieren und Ihnen nicht mehr als den Medicare-Selbstbehalt sowie alle anwendbaren Mitversicherungs- oder Zuzahlungsbeträge in Rechnung zu stellen.

**Mitversicherung:** Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil an den Kosten für Leistungen zahlen müssen, nachdem Sie Selbstbehalte gezahlt haben. Die Mitversicherung ist in der Regel ein Prozentsatz (z. B. 20 %).

**Zuzahlung:** Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil an den Kosten für Leistungen zahlen müssen, nachdem Sie Selbstbehalte gezahlt haben. Ein Selbstbehalt ist ein fester Betrag, wie 30 \$.

**Selbstbeteiligung:** Der Betrag, den Sie für Gesundheitsversorgung oder Rezepte zahlen müssen, bevor Original Medicare, Ihr Medicare Advantage Plan, Ihr Medicare-Medikamentenplan oder Ihre andere Versicherung zu zahlen beginnt.

**Langlebige medizinische Geräte:** Bestimmte medizinische Geräte wie Rollatoren, Rollstühle oder Krankenhausbetten, die von Ihrem Arzt für die Verwendung zu Hause verordnet wurden.

**Von Medicare genehmigter Betrag:** Der Zahlungsbetrag, den Original Medicare für eine abgedeckte Dienstleistung oder einen abgedeckten Artikel festlegt. Wenn Ihr Anbieter die Abtretung akzeptiert, zahlt Medicare seinen Anteil und Sie zahlen Ihren Anteil an diesem Betrag.

# CMS-zugängliche Kommunikation

Medicare bietet kostenlose Hilfsmittel und Dienstleistungen an, darunter Informationen in zugänglichen Formaten wie Brailleschrift, Großdruck, Daten- oder Audiodateien, Relaisdienste und TTY-Kommunikation. Wenn Sie Informationen in einem zugänglichen Format anfordern, werden Sie nicht durch zusätzliche Zeit benachteiligt, die für die Bereitstellung erforderlich ist. Das bedeutet, dass Sie zusätzliche Zeit haben, um Maßnahmen zu ergreifen, wenn es zu einer Verzögerung bei der Erfüllung Ihrer Anfrage kommt.

Um Medicare- oder Marketplace-Informationen in einem zugänglichen Format anzufordern, können Sie:

1. **Rufen Sie uns an:**

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

Für den Marktplatz: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325

2. **E-Mail uns:** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)

3. **Senden Sie uns ein Fax:** 1-844-530-3676

4. **Senden Sie uns einen Brief:**

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 (CARS)

Ihre Anfrage sollte Ihren Namen, Ihre Telefonnummer, die Art der benötigten Informationen (falls bekannt) und die Postanschrift, an die wir die Materialien senden sollen, enthalten. Wir können Sie für weitere Informationen kontaktieren.

**Hinweis:** Wenn Sie in einem Medicare Advantage-Plan oder einem Medicare-Arzneimittelplan eingeschrieben sind, wenden Sie sich an Ihren Plan, um die Informationen in einem zugänglichen Format anzufordern. Wenden Sie sich für Medicaid an Ihr staatliches oder örtliches Medicaid-Büro.

# Nichtdiskriminierung Hinweis

Die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) schließen keine Personen aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Behinderung, Geschlecht oder Alter aus, verweigern ihnen keine Leistungen oder diskriminieren sie anderweitig aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Behinderung, Geschlecht oder Alter bei der Zulassung, Teilnahme an oder Erhalt der Dienstleistungen und Leistungen im Rahmen ihrer Programme und Aktivitäten, unabhängig davon, ob sie direkt von CMS oder über einen Auftragnehmer oder eine andere Stelle, mit der CMS die Durchführung ihrer Programme und Aktivitäten vereinbart, durchgeführt werden.

Sie können sich auf eine der in diesem Hinweis beschriebenen Arten an CMS wenden, wenn Sie Bedenken haben, Informationen in einem Format zu erhalten, das Sie verwenden können.

Sie können auch eine Beschwerde einreichen, wenn Sie der Meinung sind, dass Sie in einem CMS-Programm oder einer CMS-Aktivität diskriminiert wurden, einschließlich Problemen beim Abrufen von Informationen in einem zugänglichen Format von einem Medicare Advantage Plan, einem Medicare-Arzneimittelplan, einem staatlichen oder lokalen Medicaid-Büro oder Marketplace Qualified Health Plans. Es gibt 3 Möglichkeiten, eine Beschwerde bei den USA einzureichen. Ministerium für Gesundheit und soziale Dienste, Büro für Bürgerrechte:

1. **Online:**

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. **Per Telefon:**

Rufen Sie 1-800-368-1019.

TTY-Benutzer können 1-800-537-7697 anrufen.

3. **Schriftlich:** Senden Sie Informationen zu Ihrer Beschwerde an:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & 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 Blvd.  
Baltimore, MD 21244-1850

---

Offizielle Geschäfte  
Strafe für private Nutzung, 300 \$

## **Benötigen Sie ein Exemplar dieses Heftes auf Spanisch?**

Diese Broschüre ist auf Spanisch erhältlich. Um ein kostenloses Exemplar zu erhalten, besuchen Sie [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. TTY-Benutzer können 1-877-486-2048 anrufen.

Diese Veröffentlichung ist auf Spanisch verfügbar. Para obtener una copia gratis, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE an.



**Medicare**

Die Informationen in dieser Broschüre beschreiben das Medicare-Programm zum Zeitpunkt des Drucks dieser Broschüre. Änderungen können nach dem Drucken auftreten. Besuchen Sie [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um die aktuellsten Informationen zu erhalten. TTY-Benutzer können 1-877-486-2048 anrufen.

“Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs” ist kein juristisches Dokument. Die offizielle rechtliche Anleitung des Medicare-Programms ist in den einschlägigen Gesetzen, Vorschriften und Entscheidungen enthalten.

Dieses Produkt wurde auf Kosten der US-Steuerzahler hergestellt.