

Ubezpieczenie Medicare materiałów dla diabetyków, Usługi, & profilaktyka Programy

Ta **oficjalna broszura rządowa** zawiera informacje dla osób, które mają cukrzycę lub są nią zagrożone, w tym:

- Co pokrywa ubezpieczenie Medicare
- Sposoby na zachowanie zdrowia
- Gdzie znaleźć informacje

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



Medicare

Spis treści

- 1 **Rozdział 1:** Podstawy
- 5 **Rozdział 2:** Ubezpieczenie Medicare w zakresie materiałów i sprzętu dla diabetyków
- 9 **Rozdział 3:** Ubezpieczenie Medicare w zakresie leków przeciwcukrzycowych
- 11 **Rozdział 4:** Ubezpieczenie Medicare w zakresie usług i programów profilaktycznych dotyczących cukrzycy programy
- 17 **Rozdział 5:** Więcej informacji
- 19 **Rozdział 6:** Definicje



Rozdział 1:

Podstawy

Niniejsza broszura opisuje zaopatrzenie, usługi i programy profilaktyczne dla diabetyków, objęte ubezpieczeniem Original Medicare i ubezpieczeniem lekowym Medicare (część D).

Ubezpieczenie Original Medicare zawiera Część A (Ubezpieczenie szpitalne) i Część B (Ubezpieczenie medyczne). Jeśli masz ubezpieczenie Original Medicare, możesz dołączyć do oddzielnego planu ubezpieczenia leków Medicare, aby uzyskać Część D.

Jeśli masz Medicare Advantage (znane również jako Część C), masz ubezpieczenie Część A, Część B i zazwyczaj Część D. Skontaktuj się ze swoim planem, aby dowiedzieć się więcej o pokryciu kosztów materiałów i usług dla diabetyków.

Twój zakres ubezpieczenia w skrócie

Tabela na kolejnych stronach zawiera podsumowanie niektórych materiałów i usług związanych z cukrzycą, które są objęte częściami B i D.

Uwaga: Przejdź do strony 19, aby zapoznać się z definicjami **niebieskich** słów

Produkt lub usługa	Co pokrywa ubezpieczenie Medicare	Za co płacisz
<p>Leki na cukrzycę Przejdź do strony 10.</p>	<p>Część D obejmuje większość leków przeciwcukrzycowych utrzymujących poziom glukozy (cukru) we krwi. W niektórych przypadkach część B może obejmować insulinę.</p>	<p>Współubezpieczenie lub współpłatność. Część D udział własny mogą również mieć zastosowanie.</p>
<p>Testy przesiewowe dla diabetyków Przejdź do strony 12.</p>	<p>Medicare Część B pokrywa te badania przesiewowe, jeśli Twój lekarz stwierdzi, że istnieje u Ciebie ryzyko cukrzycy. Każdego roku możesz skorzystać z maksymalnie 2 badań przesiewowych w kierunku cukrzycy, jeśli się kwalifikujesz.</p>	<p>Nic, jeśli Twój dostawca usług medycznych zaakceptuje zlecenie.</p>
<p>Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy Przejdź do stron 12–13.</p>	<p>Część B pokrywa raz w Twoim życiu koszt programu zmiany zachowań zdrowotnych, który pomoże Ci zapobiegać cukrzycy.</p>	<p>Nic, jeśli się kwalifikujesz.</p>
<p>Szkolenie w zakresie samokontroli cukrzycy Przejdź do stron 13–14.</p>	<p>Część B pokrywa koszty tego szkolenia, jeśli zdiagnozowano u Ciebie cukrzycę i chcesz dowiedzieć się, jak radzić sobie z chorobą. Aby uzyskać to szkolenie, musisz mieć pisemne zlecenie od swojego lekarza lub innego świadczeniodawcy usług medycznych.</p>	<p>20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po spełnieniu wymogu udziału własnego w Części B.</p>
<p>Materiały przeciwcukrzycowe i sprzęt Przejdź do strony 6.</p>	<p>Część B obejmuje glukometry i związane z nimi materiały eksploatacyjne (takie jak paski testowe i nakłuwacze), stałe monitory poziomu glukozy i trwałe pompy insulinowe. Mogą istnieć limity dotyczące częstotliwości otrzymywania tych materiałów lub ich ilości.</p>	<p>20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po spełnieniu wymogu udziału własnego w Części B. 35 USD (lub mniej) za miesięczny zapas insuliny, jeśli używasz pompy insulinowej, która jest objęta świadczeniem Medicare trwały sprzęt medyczny. Ten udział własny w Części B nie ma zastosowania.</p>

Produkt lub usługa	Co pokrywa ubezpieczenie Medicare	Za co płacisz
<p>Badania/leczenie stóp Przejdź do strony 15.</p>	<p>Część B pokrywa badania lub leczenie stóp co 6 miesięcy, jeśli masz uszkodzenia dolnej części nogi związane z cukrzycą, które mogą zwiększać ryzyko utraty kończyny, o ile pomiędzy wizytami nie byłeś(-aś) z innego powodu u specjalisty zajmującego się leczeniem stóp.</p>	<p>20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po spełnieniu udziału własnego w Części B.</p>
<p>Badania przesiewowe w kierunku jaskry Przejdź do strony 15.</p>	<p>Część B obejmuje te badania przesiewowe w celu sprawdzenia wzroku i stanu nerwu wzrokowego w celu wykrycia oznak jaskry (choroby oczu). Możesz skorzystać z badania raz na 12 miesięcy, jeśli istnieje u Ciebie wysokie ryzyko jaskry. Aby Medicare pokryło koszty tych badań przesiewowych, musi je wykonać lub nadzorować lekarz okulista uprawniony w Twoim stanie do prowadzenia badań pod kątem jaskry.</p>	<p>20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare po spełnieniu wymogu udziału własnego w Części B.</p>
<p>Insulina Przejdź do strony 10.</p>	<p>Część B obejmuje insulinę, jeśli używasz pompy insulinowej, która jest objęta częścią B świadczenia na trwałe sprzęt medyczny.</p> <p>Część D obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulinę do wstrzyknięć, która nie jest używana z tradycyjną pompą insulinową. • Insulinę stosowaną z jednorazową pompą insulinową. • Insulinę przyjmowaną w postaci wziewnej. 	<p>35 USD (lub mniej) za miesięczny zapas insuliny w ramach Części B i części D. Udział własny w Części B nie ma zastosowania.</p>
<p>Materiały związane z insuliną- Przejdź do strony 10.</p>	<p>Część D obejmuje niektóre materiały medyczne używane do wstrzykiwania insuliny (np. strzykawki, igły, gaziki nasączone alkoholem, gaza). Niektóre plany Medicare Part D mogą również obejmować jednorazowe urządzenia pompujące, które dostarczają insulinę.</p>	<p>Współubezpieczenie lub dopłata. Może też obowiązywać odliczenie w Części D.</p>
<p>Zastrzyki (lub szczepionki) Przejdź do stron 15–16.</p>	<p>Jeśli chorujesz na cukrzycę, masz wyższy Ryzyko powikłań po niektórych chorobach. Aby zmniejszyć ryzyko infekcji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Część B obejmuje szczepionki przeciwko grypie, pneumokokom, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i COVID-19. • Część D obejmuje wszystkie szczepionki, które zaleca Komitet Doradczy ds. Praktyk Szczepień (ACIP), w tym półpasiec, wirusa RSV i inne szczepionki. 	<p>Nic za szczepionki objęte Częścią B, jeśli Twój lekarz lub pracownik służby zdrowia zaakceptuje zlecenie.</p> <p>Nic w przypadku szczepionek objętych częścią D, jeśli ACIP je zaleca.</p>

Produkt lub usługa	Co pokrywa ubezpieczenie Medicare	Za co płacisz
<p>Badania poziomu hemoglobiny A1C Przejdź do strony 15.</p>	<p>Te testy laboratoryjne mierzą, na ile dobrze był kontrolowany Twój poziom glukozy (cukru) we krwi w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Jeśli masz cukrzycę, część B pokryje to badanie po zleceniu go przez Twojego lekarza.</p>	<p>Nic za kliniczne diagnostyczne badania laboratoryjne objęte ubezpieczeniem Medicare.</p>
<p>Usługi medycznej terapii żywieniowej Przejdź do stron 14-15.</p>	<p>Część B może obejmować te usługi, o ile masz cukrzycę lub chorobę nerek. Usługi te wymagają skierowania przez lekarza. Te usługi może świadczyć tylko zarejestrowany dietetyk lub specjalista ds. żywienia, spełniający określone wymagania.</p>	<p>Nic, jeśli się kwalifikujesz.</p>
<p>Buty lub wkładki terapeutyczne Przejdź do strony 8.</p>	<p>Część B obejmuje buty lub wkładki terapeutyczne, jeśli chorujesz na cukrzycę i masz poważną chorobę stopy związaną z cukrzycą.</p>	<p>20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare- po spełnieniu udziału własnego w Części B.</p>
<p>Wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare” Przejdź do strony 16.</p>	<p>W ciągu pierwszych 12 miesięcy, w których masz część B, Medicare pokrywa koszt jednorazowej wizyty profilaktycznej „Witamy w Medicare”. Ta wizyta nie jest badaniem fizykalnym – to wizyta mająca na celu przegląd Twojego stanu zdrowia, edukację i poradnictwo na temat usług profilaktycznych (w tym niektórych badań przesiewowych i szczepień) oraz uzyskanie skierowań do innego rodzaju opieki, jeśli to konieczne.</p>	<p>Nic, jeśli twój lekarz lub pracownik służby zdrowia zaakceptuje zlecenie. Udział własny w Części B nie obowiązuje.</p> <p>Być może będziesz musiał(a) zapłacić współubezpieczenie; może też obowiązywać udział własny w części B, jeśli świadczeniodawca wykona podczas wizyty dodatkowe badania lub usługi, których Medicare nie pokrywa w ramach tej wizyty profilaktycznej.</p>
<p>Coroczna wizyta „Wellness” Przejdź do strony 16.</p>	<p>Jeśli korzystasz już z części B dłużej niż 12 miesięcy, Medicare pokrywa koszt corocznej wizyty „Wellness”. Ta wizyta nie jest badaniem fizykalnym – jest to wizyta w celu opracowania lub aktualizacji spersonalizowanego planu mającego pomóc w zapobieganiu chorobom i niepełnosprawności na podstawie aktualnego stanu zdrowia i czynników ryzyka.</p>	<p>Nic, jeśli Twój lekarz lub pracownik ochrony zdrowia zaakceptuje zlecenie. Udział własny w Części B nie obowiązuje.</p> <p>Być może będziesz musiał(a) zapłacić współubezpieczenie; może też obowiązywać udział własny w części B, jeśli Twój świadczeniodawca wykona podczas wizyty dodatkowe badania lub usługi, których Medicare nie pokrywa w ramach tej wizyty profilaktycznej.</p>



Rozdział 2:

Ubezpieczenie Medicare pokrywające materiały i sprzęt dla diabetyków

W tej sekcji znajdują się informacje o tym, jakie materiały eksploatacyjne i sprzęt obejmuje część B (Ubezpieczenie medyczne).

Uwaga: Przejdź do strony 19, aby zapoznać się z definicjami **niebieskich** słów

Sprzęt i materiały do pomiaru poziomu glukozy we krwi

Część B obejmuje sprzęt i materiały do samodzielnego badania stężenia glukozy (cukru) we krwi jako **trwały sprzęt medyczny**, w tym:

- Mierniki poziomu cukru we krwi
- Paski testowe do oznaczania poziomu cukru we krwi,
- Nakłuwacze i uchwyty do nakłuwaczy
- Roztwory kontrolne glukozy (do sprawdzania dokładności paska testowego i monitora)

Ilość materiałów objętych ubezpieczeniem w Części B jest różna. Co 3 miesiące możesz:

- Otrzymać do 300 pasków testowych i 300 nakłuwaczy, jeśli używasz insuliny.
- Otrzymać 100 pasków testowych i 100 nakłuwaczy, jeśli nie używasz insuliny.

Uwaga: Jeśli Twój lekarz uzna to za niezbędne ze względów medycznych i spełniasz inne wymagania, **Medicare udzieli Ci zgody na uzyskanie dodatkowych pasków testowych i nakłuwaczy**. Możesz prowadzić rejestr wykazujący, jak często w rzeczywistości wykonujesz samodzielnie testy.

Stałe monitory glukozy

Stałe monitory glukozy śledzą poziom cukru we krwi za pomocą urządzenia podłączonego do ciała. Jeśli masz cukrzycę, część B może pokrywać koszt stałego monitora glukozy i powiązanych materiałów, jeśli Twój lekarz lub inny pracownik służby zdrowia przepisze Ci je i spełniasz następujące warunki:

- Przyjmujesz insulinę lub masz historię problemów z niskim poziomem cukru we krwi.
- Twój lekarz zdecydował, że Ty lub Twój opiekun przeszliście wystarczające szkolenie, aby korzystać z ciągłego monitora glukozy.

Zanim Twój lekarz przepisze ciągły monitor glukozy, musi się z Tobą spotkać, aby ocenić Twój stan i zdecydować, czy kwalifikujesz się do niego. Jeśli to zrobisz, musisz odbywać regularnie osobiste lub zatwierdzone przez Medicare wizyty telezdrowotne u swojego lekarza.

Pompy insulinowe

Jeśli używasz pompy insulinowej noszonej poza ciałem (zewnętrznej), która nie jest jednorazowa, część B może obejmować insulinę używaną z pompą i samą pompę jako trwały sprzęt medyczny. Jeśli mieszkasz w niektórych obszarach kraju, być może będziesz musiał skorzystać z usług konkretnych dostawców pomp insulinowych, aby Medicare zapłacił za trwałą pompę insulinową.

Czego potrzebuję od mojego lekarza, aby te materiały zostały objęte ubezpieczeniem?

Medicare pokryje koszt tego sprzętu i materiałów tylko wtedy, gdy otrzymasz receptę od swojego lekarza. Recepta powinna zawierać informacje takie jak:

- Stwierdzenie, czy masz cukrzycę.
- Jaki rodzaj sprzętu do monitorowania poziomu cukru we krwi jest Ci potrzebny i dlaczego go potrzebujesz. (Jeśli z powodu problemów ze wzrokiem potrzebujesz specjalnego monitora, Twój lekarz musi to wyjaśnić).
- Czy przyjmujesz insulinę.
- Jak często powinieneś(-aś) sprawdzać poziom cukru we krwi.
- Ile pasków testowych i nakłuwaczy potrzebujesz miesięcznie.

Uwaga: Co 12 miesięcy jest Ci potrzebna nowa recepta od lekarza na nakłuwacze i paski testowe. Musisz także poprosić o uzupełnienie materiałów.

Gdzie mogę zdobyć te materiały?

Możesz zamówić swoje materiały w aptece lub u dostawcy sprzętu medycznego (każda firma, osoba lub agencja, która zapewnia pacjentowi przedmiot lub usługę medyczną, z wyjątkiem sytuacji, gdy pacjent jest hospitalizowany w szpitalu lub wykwalifikowanej placówce pielęgniarskiej) po tym, jak lekarz wyda Ci lub wyśle receptę(y). Jeśli korzystasz z usług apteki wysyłkowej lub dostawcy sprzętu medycznego, musisz zadzwonić, aby złożyć zamówienie.

Z jakiej apteki lub dostawcy powinienem skorzystać?

Upewnij się, że uzyskujesz materiały z apteki lub od dostawcy, który jest zarejestrowany w Medicare. Jeśli uczestniczą w Medicare, muszą zaakceptować **zlecenie**. Oznacza to, że:

- Twoje bieżące koszty mogą być niższe.
- Zgadzą się pobierać od Ciebie tylko kwotę **udziału własnego** i **współubezpieczenia** Medicare i zazwyczaj czekają, aż Medicare zapłaci swoją część, zanim poproszą Cię o zapłacenie Twojej części.
- Muszą oni złożyć wniosek bezpośrednio do Medicare i nie mogą pobierać opłat za złożenie wniosku.

Jeśli Twoja apteka lub dostawca **nie** akceptuje zlecenia, zapłacisz całą kwotę w momencie świadczenia usługi. Zanim otrzymasz jakiegokolwiek zaopatrzenie, zapytaj aptekę lub dostawcę:

- Czy jesteś zarejestrowany(-a) w Medicare?
- Czy przyjmujesz zlecenia?

Aby znaleźć świadczeniodawcę, który jest zarejestrowany w Medicare, odwiedź stronę [Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers) lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY (niedosłyszący) mogą zadzwonić na numer 1-877-486-2048.

Uwaga: Medicare nie zapłaci za żadne materiały, o które nie prosiłeś(-aś), ani za materiały, które zostały do Ciebie wysłane automatycznie przez dostawców, w tym urządzenia do pomiaru poziomu cukru we krwi, paski testowe i nakłuwacze. Jeśli otrzymujesz materiały wysyłane automatycznie, otrzymujesz wprowadzające w błąd reklamy lub podejrzewasz oszustwo związane z Twoimi materiałami, zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE.

Jak mogę wymienić zgubiony lub uszkodzony trwały sprzęt medyczny lub materiały w razie wypadku lub sytuacji nagłej?

Jeśli ubezpieczenie Original Medicare już zapłaciło za **trwały sprzęt medyczny** (np. tradycyjną pompę insulinową) lub materiały (np. materiały związane z leczeniem cukrzycy) i zostały one uszkodzone lub utracone w wyniku wypadku lub nagłej sytuacji:

- W niektórych przypadkach Medicare pokryje koszt naprawy lub wymiany sprzętu lub materiałów.
- Zazwyczaj Medicare pokrywa również koszty wynajmu produktów (np. wózków inwalidzkich) podczas naprawy Twojego sprzętu.

Aby uzyskać więcej informacji, odwiedź stronę [Medicare.gov/providers-services/disaster-emergency](https://www.medicare.gov/providers-services/disaster-emergency) 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.

Obuwie terapeutyczne lub wkładki

Jeśli masz cukrzycę i ciężką chorobę stopy związaną z cukrzycą, każdego roku część B pokryje jedno z następujących:

- Jedna para butów z głębokim wkładem i 3 pary wkładek
- Jedna para butów robionych na miarę (włączając wkładki), jeśli z powodu deformacji stopy nie możesz nosić butów z głębokim wkładem, oraz 2 dodatkowe pary wkładek

Uwaga: W niektórych przypadkach Medicare może również zamiast wkładek pokrywać koszt oddzielnych wkładek lub modyfikacji butów.

Jak mogę zdobyć obuwie terapeutyczne lub wkładki?

Aby Medicare zapłacił za Twoje obuwie terapeutyczne lub wkładki, lekarz leczący Cię na cukrzycę musi zaświadczyć, że spełniasz poniższe 3 warunki:

1. Masz cukrzycę.
2. Masz przynajmniej jedno z tych schorzeń dotyczących co najmniej jednej stopy:
 - Częściowa lub całkowita amputacja nogi
 - Wrzody na stopach w przeszłości
 - Zrogowacenia, które mogłyby prowadzić do owrzodzeń stopy
 - Uszkodzenie nerwów spowodowane cukrzycą z oznakami zrogowacenia
 - Słaby krwioobieg
 - Zniekształcona stopa
3. Jesteś leczony(-a) w ramach kompleksowego planu opieki diabetycznej i z powodu cukrzycy potrzebujesz butów terapeutycznych lub wkładek.

Medicare wymaga również, aby:

- Buty lub wkładki przepisał podiatra (lekarz od stóp) lub inny wykwalifikowany pracownik ochrony zdrowia.
- Buty lub wkładki dopasował i dostarczył lekarz lub inna wykwalifikowana osoba (taka jak specjalista dopasowujący sprzęt ortopedyczny, protetyk lub technik wykonujący protezy).



Rozdział 3:

Ubezpieczenie Medicare na leki dla diabetyków

Ta sekcja zawiera informacje o tym, które leki przeciwcukrzycowe są objęte ubezpieczeniem Medicare (część D) lub planem Medicare Advantage z pokryciem kosztów leków. Ubezpieczenie Medicare obejmuje leki przeciwcukrzycowe, w tym insulinę i materiały związane z insuliną.

Uwaga: Przejdź do strony 19, aby zapoznać się z definicjami **niebieskich** słów

Leki na cukrzycę

Medicare Part D może pokryć koszty różnych leków przeciwcukrzycowych. Sprawdź w swoim planie, aby dowiedzieć się, jakie leki są objęte ubezpieczeniem.

Insulina

Część B obejmuje insulinę, jeśli używasz pompy insulinowej objętej świadczeniem Części B dotyczącym **trwałego sprzętu medycznego**. Część B pokrywa trwałe pompy insulinowe noszone poza organizmem (zewnętrzne), w tym insulinę używaną z pompą.

Jeśli posiadasz plan z części D, może on obejmować:

- Insulinę do wstrzyknięć, która nie jest używana z tradycyjną pompą insulinową;
- Insulinę stosowaną z jednorazową pompą insulinową;
- Insulinę do wdychania.

Koszt miesięcznej dostawy każdej insuliny pokrytej częścią B i D wynosi nie więcej niż 35 dolarów i nie musisz płacić **udziału własnego** za insulinę. Dotyczy to każdego, kto przyjmuje insulinę, nawet jeśli otrzymuje Extra Help (program Medicare, który pomaga osobom o ograniczonych dochodach i zasobach płacić składki Medicare Część D, udział własny, **współubezpieczenie** i inne koszty).

Jeśli otrzymasz dwumiesięczny lub trzymiesięczny zapas insuliny, Twoje koszty nie mogą być wyższe niż 35 USD za każdy miesięczny zapas każdego produktu insulinowego objętego ubezpieczeniem. Na przykład generalnie zapłacisz nie więcej niż 70 USD za dwumiesięczny zapas insuliny objętej ubezpieczeniem. Podobne limity kosztów mają zastosowanie do insuliny stosowanej w tradycyjnych pompach insulinowych objętych częścią B.

Materiały związane z insuliną

Jeśli masz plan z części D, to ubezpieczeniem objęte są materiały, których używasz do wstrzykiwania insuliny do organizmu, takie jak:

- Wymazy alkoholowe
- Igły
- Gazy
- Strzykawki

Niektóre plany Medicare części D mogą również obejmować jednorazowe urządzenia do pompowania, które dostarczają insulinę.

Część B nie obejmuje wstrzykiwaczy insulinowych ani materiałów związanych z insuliną, takich jak strzykawki, igły, waciki nasączone alkoholem lub gaza.



Rozdział 4:

Ubezpieczenie ubezpieczeniem Medicare usług i programów profilaktycznych w zakresie cukrzycy

Ten rozdział zawiera informacje na temat usług i programów profilaktycznych objętych częścią B (Ubezpieczenie medyczne), w tym szkoleń pomocnych w zapobieganiu, wykrywaniu i leczeniu cukrzycy. Ten rozdział zawiera również informacje o szczepionkach, które pokrywa Część B i ubezpieczenie leków Medicare (Część D).

Uwaga: Przejdź do strony 19, aby zapoznać się z definicjami **niebieskich** słów

Testy przesiewowe dla diabetyków

Część B obejmuje badania laboratoryjne stężenia glukozy (cukru) we krwi, jeśli lekarz lub inny pracownik służby zdrowia stwierdzi, że jesteś w grupie ryzyka zachorowania na cukrzycę. Możesz być narażony(-a) na ryzyko cukrzycy w poniższych przypadkach:

- Wysokie ciśnienie krwi.
- Historia nieprawidłowego poziomu cholesterolu i trójglicerydów
- Otyłość (definiowana jako wskaźnik masy ciała (BMI) wynoszący 30 lub więcej)
- Upośledzona tolerancja glukozy (cukru)
- Historia wysokiego stężenia cukru we krwi

Część B obejmuje również te badania przesiewowe, jeśli masz 2 lub więcej z tych czynników ryzyka:

- Masz nadwagę (definiowaną jako BMI między 25 a 29,9)
- W Twojej rodzinie występowała cukrzyca (rodzice lub rodzeństwo)
- Masz w wywiadzie cukrzycę ciężarnych (cukrzyca podczas ciąży) lub urodziłaś dziecko ważące ponad 9 funtów
- Masz co najmniej 65 lat

Jeśli kwalifikujesz się do badań przesiewowych w kierunku cukrzycy, możesz wykonać do 2 badań przesiewowych rocznie (w ciągu 12 miesięcy od ostatniego badania przesiewowego). Po wstępnym badaniu przesiewowym w kierunku cukrzycy Twój lekarz określi, czy potrzebujesz drugiego badania. Medicare pokrywa następujące badania przesiewowe w kierunku cukrzycy:

- badania glukozy (cukru) we krwi na czczo
- Badania poziomu hemoglobiny A1C
- Inne zatwierdzone przez Medicare badania stężenia glukozy (cukru) we krwi, jeśli to konieczne

Jeżeli sądzisz, że możesz być narażony(-a) na ryzyko cukrzycy, porozmawiaj z lekarzem, aby dowiedzieć się, czy powinienes(-naś) wykonać te badania.

Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy

Część B pokrywa, raz w Twoim życiu, program zmiany zachowań zdrowotnych, który pomaga zapobiegać cukrzycy typu 2. Program rozpoczyna się od 16 cotygodniowych sesji grupowych prowadzonych przez trenerów w grupie w okresie sześciu 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 wyszkolony trener, który pomoże Ci utrzymać motywację
- Wsparcie ze strony osób o podobnych celach i wyzwaniach

Możesz zdecydować się na uczestnictwo w sesjach osobiście, wirtualnie lub w obu tych formach. Po ukończeniu podstawowych sesji otrzymasz 6 miesięcznych sesji kontrolnych, które pomogą Ci utrzymać zdrowe nawyki.

Żeby się kwalifikować, musisz mieć:

- Część B (lub plan Medicare Advantage);
- Wyniki badań (w ciągu 12 miesięcy od pierwszej sesji), które wskazują, że masz stan przedcukrzycowy:
 - Wynik testu hemoglobiny A1C między 5,7% a 6,4%;
 - Stężenie glukozy w osoczu na czczo 110–125 mg/dl;
 - 2-godzinny poziom glukozy w osoczu 140–199 mg/dl (doustny test tolerancji glukozy);
- Wskaźnik masy ciała (BMI) wynoszący 25 lub więcej (BMI 23 lub więcej, jeśli jesteś Azjata)
- Brak historii cukrzycy typu 1 lub typu 2;
- Nie chorujesz na przewlekłą niewydolność nerek (ESRD);
- Nigdy nie brałeś(aś) udziału w Programie Profilaktyki Cukrzycy Medicare

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

Szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy

Jeśli zdiagnozowano u Ciebie cukrzycę, część B pokrywa koszt szkolenia w zakresie samokontroli cukrzycy, które pomoże Ci nauczyć się, jak radzić sobie z cukrzycą. Abyś mógł/mogła wziąć udział w tym szkoleniu, Twój lekarz lub inny wykwalifikowany pracownik służby zdrowia musi wydać Ci pisemne zlecenie.

Jak zakres szkoleń jest objęty ubezpieczeniem?

Ubezpieczenie Medicare pokryje do 10 godzin szkolenia wstępnego — 1 godzinę szkolenia indywidualnego i 9 godzin szkolenia grupowego. Musisz zakończyć szkolenie wstępne w ciągu 12 miesięcy od czasu jego rozpoczęcia. Po roku, w którym odbyłeś/-aś szkolenie wstępne, możesz również skorzystać z 2 godzin dalszego szkolenia rocznie. Kontynuacja szkolenia może odbywać się podczas sesji indywidualnej lub w grupie. Aby ubezpieczenie Medicare pokryło koszt coroczne dalsze szkolenia, musi je zlecić Twój usługodawca.

Ważne: Twój lekarz może zalecić do 10 godzin treningu indywidualnego zamiast sesji grupowych. Możesz otrzymać szkolenie indywidualne, jeśli masz słaby wzrok, upośledzenie słuchu, problemy językowe lub inne trudności komunikacyjne, lub też ograniczenia poznawcze. Medicare pokrywa również koszt szkolenia indywidualnego, jeśli w ciągu 2 miesięcy od daty zlecenia nie będą dostępne żadne grupy.

Gdzie mogę skorzystać z tego szkolenia?

Szkolenie to musi przeprowadzić instruktor lub program zatwierdzony do szkoleń jako część planu opieki zdrowotnej przygotowanego przez Twojego lekarza lub innego pracownika ochrony zdrowia. Twój usługodawca zazwyczaj poinformuje Cię, gdzie można skorzystać z tego szkolenia.

Szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy są dostępne w wielu centrach zdrowia autoryzowanych na poziomie federalnym (Federally Qualified Health Centers, FQHCs). FQHC świadczą usługi opieki zdrowotnej osobom i grupom, które nie mają odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej. Nie musisz płacić udziału własnego w Części B **deductible**. Odwiedź findahealthcenter.hrsa.gov, aby znaleźć najbliższy ośrodek zdrowia.

Telemedycyna: Do 30 września 2025 r. możesz odbyć szkolenie z samokontroli cukrzycy w dowolnym miejscu w USA, w tym w domu. Od 1 października 2025 r. musisz przebywać w biurze lub placówce medycznej znajdującej się na obszarze wiejskim (w USA), aby odbyć to szkolenie za pośrednictwem telemedycyny.

Czego będę się uczyć podczas tego szkolenia?

Pierwsza sesja szkolenia na temat samodzielnego radzenia sobie z cukrzycą jest indywidualnym (jeden na jeden) spotkaniem, które ma pomóc instruktorom w lepszym zrozumieniu Twoich potrzeb. Szkolenia w salach będą obejmować takie tematy, jak:

- Ogólne informacje o cukrzycy, w tym:
 - Korzyści z kontroli poziomu cukru we krwi
 - Ryzyko niedostatecznej kontroli poziomu cukru we krwi
 - Badanie poziomu cukru we krwi i jak poprawić kontrolę nad cukrzycą
 - Jak dieta, ćwiczenia i leki wpływają na poziom cukru we krwi
 - Jak zarządzać i polepszyć kontrolę poziomu cukru we krwi
- Zmiany zachowań, wyznaczanie celów i rozwiązywanie problemów, w tym:
 - Jak zapobiegać, rozpoznawać i leczyć powikłania cukrzycowe
 - Odżywianie i sposoby zarządzania dietą
 - Dlaczego ćwiczenia fizyczne są ważne dla zdrowia
 - Prawidłowe przyjmowanie leków
 - Higiena stóp, skóry i zębów
 - Jak dostosować się emocjonalnie do cukrzycy
 - Zaangażowanie i wsparcie ze strony rodziny
 - Korzystanie z systemu opieki zdrowotnej i zasobów w Twojej społeczności

Usługi w zakresie medycznej terapii żywieniowej

Oprócz szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy część B pokrywa koszt usług w zakresie medycznej terapii żywieniowej, jeśli masz cukrzycę lub chorobę nerek i spełniasz określone kryteria. Usługi te wymagają skierowania przez lekarza. Zarejestrowany dietetyk (lub niektórzy inni specjaliści w zakresie żywienia) mogą świadczyć te usługi:

- Początkowa ocena sposobu odżywiania i stylu życia
- Poradnictwo żywieniowe (jakie produkty żywnościowe należy jeść i w jaki sposób przestrzegać indywidualnego planu żywienia diabetycznego);
- Wskazówki dotyczące zarządzania czynnikami codziennego życia, które mają wpływ na Twoją cukrzycę;
- Wizyty kontrolne w celu sprawdzenia Twoich postępów;

Usługa w zakresie medycznej terapii żywieniowej (medical nutrition therapy, MNT) jest dostępna w wielu centrach zdrowia autoryzowanych na poziomie federalnym (Federally Qualified Health Centers, FQHC). Odwiedź findahealthcenter.hrsa.gov, aby znaleźć najbliższy ośrodek zdrowia.

Telemedycyna: Do 30 września 2025 r. możesz uzyskać usługi medycznej terapii żywieniowej w dowolnym miejscu w USA za pośrednictwem telemedycyny. Od 1 października 2025 r. musisz przebywać w biurze lub placówce medycznej znajdującej się na obszarze wiejskim (w USA), aby otrzymać usługi medycznej terapii żywieniowej od zarejestrowanego dietetyka lub innego specjalisty ds. żywienia za pośrednictwem telezdrowia.

Pielęgnacja stóp

Jeśli masz związane z cukrzycą uszkodzenie dolnej części nogi, które może zwiększać ryzyko utraty kończyny, Część B co 6 miesięcy pokryje koszt jednego badania stopy wykonanego przez podiatrę (lekarza specjalistę od stóp) lub innego specjalistę zajmującego się leczeniem stóp, o ile między wizytami nie byłeś(-aś) z innego powodu u specjalisty zajmującego się leczeniem stóp. Medicare może pokrywać koszt częstszych wizyt, jeśli przeszedłeś/przeszłaś nietraumatyczną (niespowodowaną urazem) amputację całej lub części stopy lub jeśli zmienił się wygląd Twojej stopy, co może sygnalizować poważną chorobę stopy.

Badania poziomu hemoglobiny A1C

Badanie poziomu hemoglobiny A1C jest testem laboratoryjnym mierzącym, na ile dobrze Twój poziom glukozy (cukru) we krwi był kontrolowany podczas ostatnich 3 miesięcy. Jeśli masz cukrzycę, część B pokryje koszt tego badania, jeśli zleci je Twój lekarz lub inny świadczeniodawca usług medycznych.

Badania przesiewowe w kierunku jaskry

Badania przesiewowe w kierunku jaskry bezboleśnie sprawdzają wzrok i zdrowie nerwu wzrokowego, aby znaleźć oznaki choroby oczu, jaskry. Część B będzie obejmować ten przegląd raz na 12 miesięcy, jeśli jesteś w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na jaskrę, ponieważ masz co najmniej jeden z tych stanów:

- 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

Badanie przesiewowe musi przeprowadzić lub nadzorować okulista uprawniony do świadczenia tej usługi w Twoim stanie.

Zastrzyki (lub szczepionki)

Jeśli masz cukrzycę, masz większe ryzyko powikłań związanych z niektórymi chorobami. Ważne jest, aby być na bieżąco z zalecanymi szczepieniami, aby zmniejszyć ryzyko infekcji.

Część B pokrywa:

- Szczepienia przeciw grypie;
- Szczepionki przeciw COVID-19;
- Szczepienia przeciw zapaleniu wątroby typu B;
- Szczepienia przeciw pneumokokom.

Część D obejmuje wszystkie szczepionki, które zaleca Komitet Doradczy ds. Praktyk Szczepień (ACIP), w tym odra, świnka i różyczka (MMR), syncytialny wirus oddechowy (RSV), półpasiec, Tdap i inne.

Porozmawiaj z Twoim lekarzem lub innym pracownikiem ochrony zdrowia, aby dowiedzieć się, które szczepionki są dla Ciebie odpowiednie.

Wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare”

W ciągu pierwszych 12 miesięcy po objęciu częścią B możesz skorzystać z wizyty profilaktycznej „Witamy w Medicare”. Podczas wizyty Ty i Twój lekarz lub inny pracownik służby zdrowia porozmawiacie o takich rzeczach, jak Twoja historia medyczna i społeczna związana ze zdrowiem, edukacja i poradnictwo dotyczące usług profilaktycznych (takich jak badania przesiewowe i zastrzyki lub szczepionki) oraz skierowania na inną opiekę, której możesz potrzebować. **Wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare” nie jest badaniem fizykalnym.**

Coroczna wizyta „Wellness”

Jeśli korzystasz z części B dłużej niż 12 miesięcy, możesz umówić się na coroczną wizytę „Wellness”. Ta wizyta może pomóc w opracowaniu lub zaktualizowaniu spersonalizowanego planu w oparciu o aktualne czynniki zdrowotne i ryzyka.

Coroczna wizyta „Wellness” nie jest badaniem fizykalnym.

Medicare pokrywa koszt takiej wizyty raz na 12 miesięcy – obejmuje ona:

- przegląd Twojej historii medycznej i rodzinnej;
- przegląd Twoich aktualnych recept;
- Twój wzrost, waga, ciśnienie krwi oraz inne rutynowe pomiary.
- przegląd świadczeń profilaktycznych;
- Twoje czynniki ryzyka i opcje leczenia;
- kwestionariusz “Społeczne uwarunkowania oceny ryzyka zdrowotnego” w celu zrozumienia Twoich potrzeb społecznych i skierowania Cię do odpowiednich usług i wsparcia;
- badanie zdolności poznawczych pod kątem oznak demencji, w tym choroby Alzheimera;

Materiały i usługi, których nie pokrywa Medicare

Original Medicare i ubezpieczenie lekowe Medicare (część D) nie obejmują:

- okularów i dobierania okularów, z wyjątkiem stanu po zabiegu usunięcia zaćmy;
- Obuwie ortopedyczne (buty dla osób, których stopy są chore, ale nieuszkodzone)
- Chirurgia kosmetyczna



Rozdział 5:

Więcej informacji

Ten rozdział zawiera informacje o dostępnych zasobach, które pomogą Ci w dokonywaniu wyborów dotyczących opieki zdrowotnej i w podejmowaniu decyzji, które odpowiadają Twoim potrzebom.

Aby uzyskać więcej informacji na temat materiałów, usług i programów profilaktycznych dotyczących cukrzycy:

- Odwiedź [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage).
- Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszące) 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. Aby znaleźć lokalny SHIP, odwiedź stronę [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).

Strony internetowe i numery telefonów

Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)

CDC posiada informacje i zasoby na temat stanu przedcukrzycowego, zapobiegania cukrzycy typu 2 i leczenia cukrzycy.

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

Zadzwoń pod numer 1-800-232-4636

Narodowy Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy

Narodowy Program Zapobiegania Cukrzycy to program zmiany stylu życia prowadzony przez CDC. Program pomaga ludziom zapobiegać cukrzycy typu 2 lub spowalniać jej postęp.

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

Znajdź ośrodek zdrowia

Ta witryna ułatwia wyszukiwanie ośrodków zdrowia finansowanych przez HRSA, takich jak Federally Qualified Health Center (FQHC), w pobliżu.

Odwiedź findahealthcenter.hrsa.gov

Indian Health Service (IHS)

IHS zapewnia federalną opiekę zdrowotną Indianom amerykańskim i rdzennym mieszkańcom Alaski. Ta strona zawiera informacje, które pomogą Ci zapobiegać cukrzycy i radzić sobie z nią, historie sukcesu oraz materiały edukacyjne.

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

MyHealthfinder (Moja wyszukiwarka zdrowia)

Narzędzie MyHealthfinder daje Ci spersonalizowane rekomendacje dotyczące profilaktycznych usług zdrowotnych na podstawie Twojego wieku i płci. Możesz również znaleźć informacje zdrowotne na temat cukrzycy.

Odwiedź odphp.health.gov/myhealthfinder/health-conditions/diabetes

Stanowy program ubezpieczenia zdrowotnego (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

SHIP zapewnia osobom korzystającym z Medicare, ich rodzinom i opiekunom bezpłatne, spersonalizowane doradztwo w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.

Odwiedź shiphelp.org

Zadzwoń pod numer 1-800-860-8747



Rozdział 6:

Definicje

Zlecenie: Umowa Twojego lekarza, świadczeniodawcy lub dostawcy na otrzymanie zapłaty bezpośrednio od Medicare, zaakceptowanie kwoty płatności zatwierdzonej przez Medicare za usługę oraz nieobciążanie Cię kwotą wyższą niż udział własny Medicare i wszelkie obowiązujące kwoty koasekuracji lub dopłaty.

Współubezpieczenie: Kwota, którą możesz być zobowiązany(-a) zapłacić jako swój udział w kosztach świadczeń po tym, jak zapłacisz ewentualny udział własny. Współubezpieczenie to zazwyczaj wartość procentowa (na przykład 20%).

Współpłatność: Kwota, którą możesz być zobowiązany(-a) zapłacić jako swój udział w kosztach świadczeń po tym, jak zapłacisz ewentualny udział własny. Współpłatność to stała kwota, na przykład 30 USD.

Udział własny: Kwota, którą musisz zapłacić za opiekę zdrowotną lub leki na receptę, zanim Original Medicare, Twój plan Medicare Advantage, plan lekowy Medicare lub inne ubezpieczenie zacznie płacić.

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

Kwota zatwierdzona przez Medicare: Kwota płatności ustalana przez Original Medicare za usługę lub przedmiot objęty ubezpieczeniem. Kiedy Twój świadczeniodawca zaakceptuje cesję, Medicare płaci swoją część, a Ty płacisz swoją część tej kwoty.

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 lub 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 w razie opóźnienia w spełnieniu Twojej prośby otrzymasz dodatkowy czas na podjęcie działań.

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

W sprawie Marketplace: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325

2. Wyślij e-mail: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Wyślij faks: 1-844-530-3676

4. Wysłać 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

C/O Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Twoje zgłoszenie powinno zawierać Twoje imię i nazwisko, numer telefonu, rodzaj informacji, których potrzebujesz (jeśli jest znany), oraz adres korespondencyjny, na który powinniśmy wysłać materiały. Możemy skontaktować się z Tobą w celu uzyskania dodatkowych informacji.

Uwaga: Jeśli jesteś zarejestrowany(-a) w planie Medicare Advantage lub w planie lekowym Medicare, skontaktuj się ze swoim planem, aby poprosić o informacje w formacie z ułatwieniami dostępu. W sprawie Medicaid skontaktuj się ze 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 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 jakiegokolwiek 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 którymkolwiek ze sposobów podanych w niniejszej informacji.

Możesz również złożyć skargę, jeśli sądzisz, że podczas programu lub działalności CMS spotkała Cię dyskryminacja, w tym polegająca na problemach z otrzymaniem informacji w formacie z ułatwieniami dostępu, ze strony któregoś z planów Medicare Advantage, Planu refundacji leków Medicare, stanowego lub lokalnego biura Medicaid lub kwalifikowanych planów zdrowotnych Marketplace. Istnieją 3 sposoby złożenia skargi do Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej – Biura Praw Obywatelskich:

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. **Telefonicznie:**

Zadzwoń pod numer 1-800-368-1019.

Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszące) mogą dzwonić pod numer 1-800-537-7697.

3. **Na piśmie:** Wyślij informacje o swojej skardze na adres:

Office for Civil Rights (Biuro ds. Praw Obywatelskich)
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

Do użytku służbowego
Kara za stosowanie w celach prywatnych: 300 USD

Potrzebujesz egzemplarza tej broszury w języku hiszpańskim?

Ta broszura jest dostępna w języku hiszpańskim. Aby otrzymać bezpłatną kopię, wejdź na [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) lub zadzwoń na numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszące) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en español. Para obtener una copia gratis, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

Informacje zawarte w niniejszej broszurze opisują Program Medicare według stanu w czasie drukowania tej broszury. Po jej wydrukowaniu mogły nastąpić zmiany. Odwiedź [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), lub zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać najbardziej aktualne informacje. Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszące) 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.

Niniejsza broszura została wyprodukowana na koszt amerykańskiego podatnika.