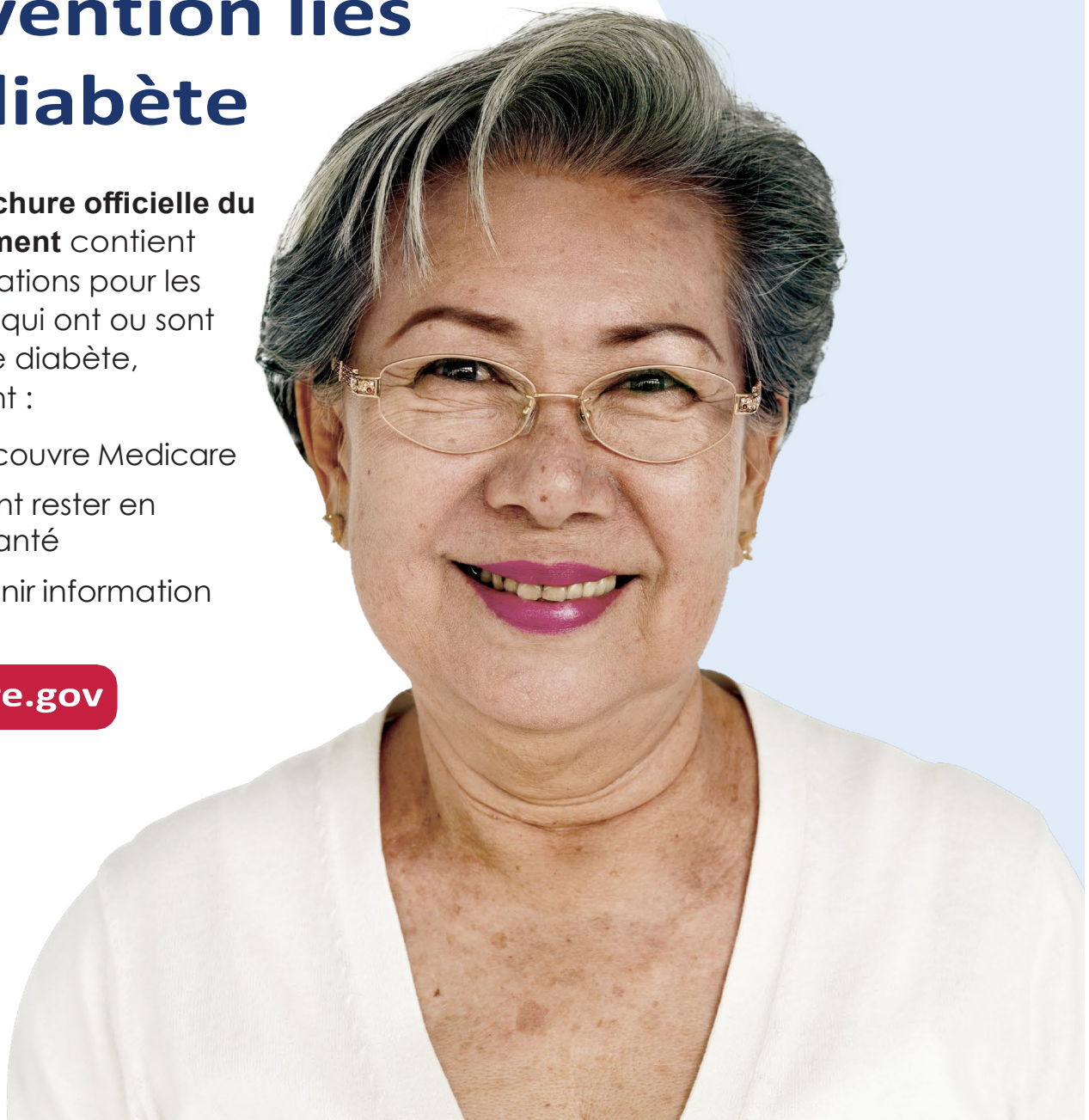


Couverture par Medicare des fournitures, services et programmes de prévention liés au diabète

Cette **brochure officielle du gouvernement** contient des informations pour les personnes qui ont ou sont à risque de diabète, notamment :

- Ce que couvre Medicare
- Comment rester en bonne santé
- Où obtenir information

Medicare.gov



Medicare

Table des matières

1	Section 1: Les bases
5	Section 2: Diabète et équipement
9	Section 3: Médicaments contre le diabète
11	Section 4: Services liés au diabète et programmes de prévention
17	Section 5: Plus d'informations
19	Section 6: Définitions



Section 1:

Les bases

Cette brochure décrit les fournitures, les services et les programmes de prévention du diabète couverts par Original Medicare et la couverture des médicaments Medicare (partie D).

Original Medicare comprend la partie A (assurance hospitalisation) et la partie B (assurance médicale). Si vous avez Original Medicare, vous pouvez adhérer à un régime d'assurance-médicaments Medicare distinct pour obtenir Partie D. Vous pouvez également souscrire une assurance complémentaire Medicare (Medigap) pour aider à payer les frais à votre charge qu'Original Medicare ne couvre pas, comme les quotes-parts, la coassurance et les franchises.

Si vous avez Medicare Advantage (également connu sous le nom de Part C), vous avez la couverture de la Part A, de la Part B, et généralement de la Part D. Contactez votre régime pour en savoir plus sur votre couverture des fournitures et services pour le diabète.

Votre couverture en un coup d'œil

Le tableau des pages suivantes vous donne des informations de base sur certains des diabètes les fournitures et les services couverts par la Partie B et la Partie D.

Note: Allez à la page 19 pour les définitions de [bleu](#) mots

Fourniture ou service	Ce que couvre Medicare	Vos coûts
Médicaments contre le diabète Aller à la page 10.	La partie D couvre la plupart des médicaments contre le diabète pour maintenir la glycémie (sucre). Dans certains cas, la partie B peut couvrir l'insuline.	Vous payez une coassurance ou une quote-part . La franchise de la partie D peut également s'appliquer.
Dépistages du diabète Aller à la page 12.	La partie B couvre ces dépistages si votre médecin détermine que vous êtes à risque de diabète. Vous pourrez peut-être obtenir jusqu'à 2 dépistages du diabète chaque année si vous êtes admissible.	Vous ne payez rien si votre professionnel de la santé accepte l'assignation Medicare.
Formation à l'autogestion du diabète Aller à la page 13–14.	La partie B couvre cette formation si vous avez reçu un diagnostic de diabète et que vous souhaitez apprendre à gérer votre maladie. Pour avoir accès à cette formation, vous devez disposer d'une ordonnance écrite délivrée par votre fournisseur de soins de santé.	Après avoir acquitté la franchise de la partie B, vous payez 20 % du montant approuvé par Medicare .
Soins des pieds Allez à la page 15.	La Partie B couvre un examen ou un traitement des pieds tous les 6 mois si le diabète a causé des lésions à vos membres inférieurs susceptibles d'augmenter le risque de perte d'un membre, à condition que vous n'ayez pas vu un professionnel des soins des pieds pour un autre motif entre deux rendez-vous.	Après avoir acquitté la franchise de la partie B, vous payez 20 % du montant approuvé par Medicare.
Dépistages du glaucome Allez à la page 15.	La Partie B couvre ces examens de dépistage afin de vérifier la santé de votre vision et de votre nerf optique pour déceler les signes de la maladie oculaire qu'est le glaucome. Vous pouvez bénéficier d'un de ces examens tous les 12 mois si vous présentez un risque élevé de glaucome. Le dépistage doit être effectué ou supervisé par un ophtalmologiste ou un optométriste légalement autorisé à réaliser des examens de dépistage du glaucome dans votre État.	Après avoir acquitté la franchise de la partie B, vous payez 20 % du montant approuvé par Medicare.
Lecteurs de glycémie et fournitures Allez à la page 6.	La Partie B couvre les lecteurs de glycémie à domicile et les fournitures connexes (comme les bandelettes réactives et les lancettes), ainsi que les appareils de surveillance continue de la glycémie et les fournitures qui s'y rapportent (comme les capteurs). Des limites peuvent s'appliquer à la quantité de fournitures à recevoir ou à la fréquence à laquelle elles peuvent vous être fournies.	Après avoir acquitté la franchise de la partie B, vous payez 20 % du montant approuvé par Medicare.

Fourniture ou service	Ce que couvre Medicare	Vos coûts
Tests d'hémoglobine A1C Allez à la page 15.	Ces tests de laboratoire mesurent la façon dont votre glycémie (sucre) a été contrôlée au cours des 3 derniers mois. Si vous êtes diabétique, la partie B couvre ce test si votre médecin vous le prescrit.	Vous ne payez aucuns frais pour les analyses diagnostiques de laboratoire couvertes par Medicare.
Insuline Aller à la page 10.	La Partie B couvre l'insuline utilisée avec une pompe à insuline couverte à titre d'équipement médical durable (DME) en vertu de la Partie B. Les régimes de la Partie D peuvent couvrir : • L'insuline injectable (insuline que vous vous injectez à l'aide d'un stylo injecteur ou d'une seringue). • L'insuline utilisée avec des pompes qui ne sont pas considérées comme de l'équipement médical durable (DME), comme certaines pompes jetables. • L'insuline administrée par inhalation.	Vous ne payez pas plus de 35 \$ pour un approvisionnement d'un mois en insuline couverte par la Partie B ou la Partie D. La franchise ne s'applique pas. Si votre régime de la Partie D couvre des pompes qui ne sont pas considérées comme de l'équipement médical durable (EMD), comme les pompes-timbres, le coût de la pompe elle-même pourrait dépasser 35 \$.
Fournitures liées à l'insuline Aller à la page 10.	Les régimes de la Partie D couvrent certaines fournitures médicales servant à l'injection d'insuline (comme les seringues, les aiguilles, les compresses imbibées d'alcool et la gaze).	Vous payez une coassurance ou une quote-part . Une franchise de la partie D peut également s'appliquer.
Programme de prévention du diabète de Medicare Allez à la pages 12-13.	La Partie B couvre ce programme de changement des comportements en matière de santé afin de vous aider à prévenir le diabète de type 2.	Aucuns frais ne vous sont facturés si vous êtes admissible.
Services de thérapie nutritionnelle médicale Allez à la pages 14-15.	La Partie B pourrait couvrir ces services si vous souffrez de diabète ou d'une maladie des reins. Un médecin doit vous référer pour ces services. Seul un diététiste professionnel autorisé ou un professionnel de la nutrition répondant à certaines exigences peut fournir ces services.	Aucuns frais ne vous sont facturés si vous êtes admissible.

Fourniture ou service	Ce que couvre Medicare	Vos coûts
Chaussures ou inserts thérapeutiques Allez à la page 8.	La partie B couvre les chaussures ou les inserts thérapeutiques si vous souffrez de diabète et d'une maladie grave du pied liée au diabète.	Une fois la franchise de la Partie B acquittée, vous payez 20 % du montant approuvé par Medicare .
Vaccins Aller à la page 15.	Si vous souffrez de diabète, vous avez un risque plus élevé de complications de certaines maladies. Pour réduire votre risque d'infections : - La Partie B couvre les vaccins contre la grippe, les infections à pneumocoque, l'hépatite B et la COVID-19. - La Partie D couvre tous les vaccins destinés aux adultes recommandés par le Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation (ACIP) qui ne sont pas couverts par la Partie B, y compris les vaccins contre le zona (herpès zoster), le virus respiratoire syncytial (VRS) et d'autres vaccins.	Vous ne payez rien pour les vaccins couverts par la Partie B si votre médecin ou votre professionnel de la santé accepte l'assignation Medicare. Vous ne payez rien pour les vaccins de la Partie D recommandés par l'ACIP.
Visite préventive « Bienvenue à Medicare » Allez à la page 16.	La partie B couvre une visite préventive unique intitulée « Bienvenue à Medicare » au cours des 12 premiers mois pendant lesquels vous bénéficiez de la partie B. Cette visite n'est pas un examen physique ; il s'agit d'une consultation visant à examiner votre état de santé, à vous fournir de l'information et des conseils sur les services préventifs (y compris certains vaccins), et à obtenir des aiguillages vers d'autres soins, au besoin.	Vous ne payez rien si votre professionnel de la santé accepte l'assignation Medicare. La franchise de la partie B ne s'applique pas. Il est possible que vous ayez à payer une coassurance, et que la franchise de la partie B s'applique si votre fournisseur réalise, au cours de votre visite, des examens ou des services que Medicare ne couvre pas dans le cadre de cette visite préventive.
ouil Visite « Bien-être » Aller à la page 16.	La partie B couvre une visite annuelle de « bilan de santé » après que vous avez bénéficié de la partie B pendant plus de 12 mois. Cette visite n'est pas un examen physique, mais une visite visant à élaborer ou à mettre à jour votre plan personnalisé pour aider à prévenir la maladie et l'invalidité, en fonction de votre état de santé actuel et de vos facteurs de risque.	Vous ne payez rien si votre professionnel de la santé accepte l'assignation. La franchise de la partie B ne s'applique pas. Il est possible que vous ayez à payer une coassurance, et que la franchise de la partie B s'applique si votre fournisseur réalise, au cours de votre visite, des examens ou des services que Medicare ne couvre pas dans le cadre de cette visite préventive.



Section 2:

Diabète et équipement

Cette section vous fournit de l'information sur les fournitures et l'équipement couverts par la partie B de Medicare (assurance médicale).

Note: Allez à la page 19 pour les définitions de [bleu](#) mots

Lecteurs de glycémie et fournitures connexes

Les lecteurs de glycémie vous aident à vérifier votre taux de glucose (sucre) dans le sang à domicile à l'aide d'un petit échantillon de sang, généralement prélevé au bout du doigt. La partie B couvre les lecteurs de glycémie et les fournitures connexes comme **équipement médical durable**, notamment :

- Bandelettes réactives
- Lancettes et porte-lancettes
- Solutions de contrôle (pour vérifier l'exactitude des bandelettes réactives et du lecteur de glycémie)

La quantité de fournitures couvertes par la partie B varie. Tous les 3 mois, vous pourriez être en mesure de :

- Procurez-vous jusqu'à 300 bandelettes réactives et 300 lancettes si vous utilisez de l'insuline.
- Procurez-vous 100 bandelettes de test et 100 lancettes si vous n'utilisez pas d'insuline.

Remarque : Si votre médecin confirme que ces fournitures sont nécessaires sur le plan médical et que vous remplissez les autres critères, **Medicare vous autorisera à recevoir un plus grand nombre de bandelettes de test et de lancettes**. Vous devrez peut-être tenir un registre qui indique la fréquence à laquelle vous vous testez réellement.

Moniteurs de glucose en continu

Les glucomètres en continu suivent votre taux de sucre dans le sang grâce à un appareil fixé à votre corps. Si vous êtes diabétique, la partie B peut couvrir un glucomètre en continu et les fournitures connexes (comme les capteurs). Avant que votre médecin ou un autre professionnel de la santé commande un glucomètre en continu, il doit vous évaluer et s'assurer que vous répondez aux conditions suivantes : Vous prenez de l'insuline ou avez des antécédents de problèmes d'hypoglycémie.

- Vous prenez de l'insuline ou vous avez des antécédents de problèmes liés à une faible glycémie (hypoglycémie).
- Vous ou votre aidant avez reçu une formation suffisante pour utiliser un glucomètre en continu.

Si vous utilisez un glucomètre en continu, vous devez effectuer régulièrement des visites en personne ou des consultations de télésanté approuvées par Medicare auprès de votre médecin.

Pompes à insuline

Si vous utilisez une pompe à insuline portée à l'extérieur du corps (externe) qui n'est pas jetable, la partie B peut couvrir l'insuline utilisée avec la pompe et la pompe elle-même en tant qu'équipement médical durable. Si vous êtes inscrit à un régime de la partie D, il pourrait couvrir certains types de pompes jetables. Consultez la section « Insuline » à la page 10 pour plus d'informations.

De quoi ai-je besoin de la part de mon médecin pour que ces fournitures soient couvertes?

L'assurance-maladie ne couvrira l'équipement et les fournitures que si vous obtenez une ordonnance de votre médecin. L'ordonnance doit inclure des informations, telles que :

- Si vous souffrez de diabète.
- Le type de lecteur de glycémie dont vous avez besoin et la raison pour laquelle vous en avez besoin. (Si vous avez besoin d'un moniteur spécial en raison de problèmes de vision, votre médecin doit vous l'expliquer).
- Si vous utilisez de l'insuline.
- À quelle fréquence devriez-vous tester votre glycémie.
- Combien de bandelettes de test et de lancettes vous avez besoin pour un mois.

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

Où puis-je me procurer ces fournitures?

Vous pouvez commander vos fournitures auprès de votre pharmacie ou d'un fournisseur d'équipement médical (toute entreprise, personne ou agence qui fournit un article ou un service médical, sauf lorsque vous êtes hospitalisé dans un hôpital ou admis dans un établissement de soins infirmiers qualifiés) après que votre médecin vous a remis ou envoyé la ou les ordonnances. Si vous utilisez une pharmacie de vente par correspondance ou un fournisseur d'équipement médical, vous devrez les appeler pour passer votre commande.

Quelle pharmacie ou quel fournisseur devrais-je utiliser ?

Assurez-vous d'obtenir vos fournitures auprès d'une pharmacie ou d'un fournisseur qui participe à Medicare et qui accepte l'**assignation**. Cela signifie que :

- Vos frais remboursables peuvent être moins élevés.
- Ils conviennent de limiter votre facture au montant de la **franchise** et de la **coassurance** exigées par Medicare et demandent généralement votre part seulement après que Medicare a payé la sienne.
- Ils doivent soumettre votre demande directement à Medicare et ne peuvent pas vous facturer pour la soumission de la réclamation.

Si votre pharmacie ou votre fournisseur **n'accepte pas** la cession, vous paierez la totalité des frais au moment du service. Avant d'obtenir des fournitures, demandez à la pharmacie ou au fournisseur:

- Êtes-vous inscrit à Medicare?
- Acceptez-vous une mission?

Visitez [Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers) pour trouver un fournisseur inscrit auprès de Medicare. Vous pouvez également appeler le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les personnes qui utilisent un Téléscripneur peuvent composer le 1-877-486-2048.

Remarque : Medicare ne paiera pas les fournitures que vous n'avez pas demandées ni celles qui vous ont été envoyées automatiquement par des fournisseurs, notamment les lecteurs de glycémie, les bandelettes de test et les lancettes. Si vous recevez des publicités trompeuses, si vous recevez des fournitures automatiquement ou si vous soupçonnez une fraude liée à vos fournitures, appelez le 1-800-MEDICARE.

Comment puis-je remplacer de l'équipement ou des fournitures médicales durables perdus ou endommagés en cas de catastrophe ou d'urgence?

Si Original Medicare a déjà payé pour de l'**équipement médical durable** (comme une pompe à insuline traditionnelle) ou des fournitures (comme des fournitures liées au diabète) et qu'ils sont endommagés ou perdus en raison d'une urgence ou d'une catastrophe :

- Dans certains cas, Medicare couvrira les frais de réparation ou de remplacement de votre équipement ou de vos fournitures.
- En règle générale, l'assurance-maladie couvrira également le coût de la location d'articles (comme les fauteuils roulants) pendant que votre équipement est en réparation.

Pour plus d'informations, visitez [Medicare.gov/providers-services/disaster-emergency](https://www.medicare.gov/providers-services/disaster-emergency) ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS peuvent composer le 1-877-486-2048.

Chaussures ou semelles thérapeutiques

Si vous souffrez de diabète et d'une maladie grave du pied liée au diabète, la partie B couvrira l'une de ces maladies chaque année :

- Une paire de chaussures à incrustation de profondeur et 3 paires d'inserts
- Une paire de chaussures moulées sur mesure (y compris les inserts) si vous ne pouvez pas porter de chaussures à incrustation profonde en raison d'une déformation du pied, et 2 autres paires d'inserts

Medicare peut également, dans certains cas, couvrir des semelles distinctes ou des modifications apportées aux chaussures à la place des semelles.

Comment puis-je obtenir des chaussures ou des semelles thérapeutiques?

Pour que Medicare prenne en charge vos chaussures ou semelles thérapeutiques, le médecin traitant votre diabète doit certifier que vous remplissez ces 3 conditions :

- Vous souffrez de diabète.
- Vous souffrez d'au moins une de ces affections dans un ou les deux pieds :
 - Un pied déformé
 - Callosités pouvant entraîner des ulcères du pied
 - Lésions nerveuses dues au diabète avec des signes de problèmes de callosités
 - Amputation partielle ou complète du pied
 - Ulcères du pied passés
 - Mauvaise circulation
- Vous êtes traité dans le cadre d'un plan complet de soins du diabète et avez besoin de chaussures et/ou d'inserts thérapeutiques en raison du diabète.

Medicare exige également que:

- Un podiatre (médecin des pieds) ou un autre fournisseur de soins de santé qualifié prescrit les chaussures ou les semelles.
- Un médecin ou une autre personne qualifiée (comme un podo-orthésiste, un orthésiste ou un prothésiste) ajuste et fournit vos chaussures ou vos semelles.



Section 3:

Médicaments contre le diabète

Cette section vous indique quels médicaments contre le diabète sont couverts par la couverture des médicaments sur ordonnance de Medicare (partie D) ou par les régimes Medicare Advantage avec couverture des médicaments.

Négociation des prix des médicaments : Medicare négocie avec les sociétés pharmaceutiques participantes le prix de certains médicaments de marque coûteux couverts par Medicare, aux parties B et D, qui n'ont pas de concurrence, notamment des médicaments utilisés pour traiter le diabète. Les prix des 10 premiers médicaments de la partie D négociés par Medicare sont entrés en vigueur le 1er janvier 2026, et les prix des 15 médicaments suivants négociés par Medicare dans le cadre de la partie D entreront en vigueur le 1er janvier 2027. Communiquez avec votre régime pour obtenir des précisions sur la façon dont ces prix négociés pourraient vous concerner. Pour en savoir plus, visitez [Medicare.gov/how-drug-plans-work](https://www.Medicare.gov/how-drug-plans-work).

Médicaments contre le diabète

Les régimes de la partie D couvrent divers médicaments contre le diabète. Vérifiez auprès de votre régime quels médicaments sont couverts.

Insuline

La partie B couvre l'insuline utilisée avec une pompe à insuline couverte comme **équipement médical durable** au titre de la partie B.

Si vous avez un régime de la partie D, celui-ci peut couvrir :

- L'insuline injectable (insuline que vous vous injectez à l'aide d'un stylo injecteur ou d'une seringue).
- L'insuline utilisée avec des pompes qui ne sont pas couvertes comme équipement médical durable au titre de la partie B, notamment :
 - Les pompes jetables qui sont remplacées après 2 ou 3 jours (également appelées pompes-timbres)
 - Certaines pompes réutilisables qui utilisent des cartouches d'insuline jetables
 - Insuline à inhaler

Le coût d'un approvisionnement d'un mois de chaque insuline couverte par les parties B et D ne dépasse pas 35 \$, et vous n'avez pas à payer de franchise pour votre insuline. Si vous bénéficiez de l'aide supplémentaire (un programme de Medicare qui aide les personnes ayant un revenu et des ressources limités à payer les primes, les franchises, la coassurance de la partie D ainsi que d'autres coûts), vous paierez moins de 35 \$.

Si vous obtenez un approvisionnement en insuline de deux ou trois mois, vos coûts ne peuvent pas dépasser 35 \$ pour chaque approvisionnement mensuel de chaque produit d'insuline couvert. Par exemple, vous allez Généralement, ne payez pas plus de 70 \$ pour un approvisionnement de deux mois d'insuline couverte. Des limites similaires sur les coûts s'appliquent à l'insuline utilisée dans les pompes à insuline traditionnelles couvertes par la partie B.

Remarque : Si vous vivez dans certaines régions du pays, vous devrez peut-être utiliser des fournisseurs précis de pompes à insuline pour que Medicare paie une pompe à insuline durable.

Fournitures liées à l'insuline

Si vous êtes inscrit à un régime de la partie D, celui-ci peut couvrir certaines fournitures que vous utilisez pour injecter l'insuline, comme :

- Tampons d'alcool
- Gaze
- Aiguilles
- Seringues

Les stylos à insuline et les fournitures associées à l'insuline, comme les seringues, aiguilles, tampons d'alcool ou compresses de gaze, ne sont pas couverts par la partie B.



Section 4:

Services liés au diabète et programmes de prévention

Cette section vous donne des informations sur les services et les programmes de prévention couverts par la partie B de Medicare (assurance médicale), y compris les formations pour vous aider à prévenir, détecter et traiter le diabète. Cette section vous donne également des informations sur les vaccins couverts par la partie B et la couverture des médicaments Medicare (partie D).

ACCESS (Améliorer la prise en charge des maladies chroniques grâce à des solutions efficaces et adaptables)

À compter du 5 juillet 2026, Medicare offrira un nouveau modèle visant à aider les personnes à améliorer leur santé et à prévenir et gérer les maladies chroniques (comme le diabète). Il s'agit d'un modèle volontaire destiné aux personnes inscrites à Medicare d'origine. Il met votre médecin en relation avec des fournisseurs participants afin de contribuer à la prise en charge de vos maladies chroniques. Il peut également contribuer à améliorer l'accès à de nouvelles options de soins reposant sur des technologies (comme les tensiomètres portables et les détecteurs d'insuline, ainsi que d'autres outils pratiques que vous pouvez utiliser à domicile) et pourrait rendre vos soins de santé plus abordables. Visitez [Medicare.gov/ACCESS](https://www.medicare.gov/ACCESS) pour en savoir plus.

Note: Allez à la page 19 pour les définitions de **bleu** mots

Dépistages du diabète

La partie B couvre les tests de dépistage de la glycémie (sucre) en laboratoire si votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé détermine que vous êtes à risque de développer un diabète. Vous pourriez être à risque de diabète si vous avez :

- Hypertension artérielle
- Antécédents de taux anormaux de cholestérol et de triglycérides
- Obésité (définie comme un indice de masse corporelle (IMC) de 30 ou plus)
- Altération de la tolérance au glucose (sucre)
- Antécédents d'hyperglycémie

La partie B couvre également ces dépistages si vous présentez au moins 2 de ces facteurs de risque :

- Vous êtes en surpoids (défini comme ayant un IMC compris entre 25 et 29,9)
- Vous avez des antécédents familiaux de diabète (parents ou frères et sœurs)
- Vous avez des antécédents de diabète gestationnel (diabète pendant la grossesse) ou vous avez donné naissance à un bébé pesant plus de 9 livres
- Vous avez 65 ans ou plus

Si vous êtes admissible à des dépistages du diabète, vous pouvez obtenir jusqu'à 2 dépistages chaque année (dans les 12 mois suivant votre dépistage le plus récent). Après votre premier test de dépistage du diabète, votre médecin déterminera si vous avez besoin d'un deuxième test. Medicare couvre ces dépistages du diabète :

- Tests sanguins de glycémie (sucre) à jeun
- Tests d'hémoglobine A1C
- Autres tests sanguins de glucose (sucre) approuvés par Medicare, le cas échéant

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

Programme de prévention du diabète de Medicare

La partie B couvre le Programme de prévention du diabète de Medicare, un programme de modification des comportements liés à la santé visant à vous aider à prévenir le diabète de type 2. Le programme commence par 16 séances de groupe hebdomadaires dirigées par des entraîneurs dans un cadre de groupe sur une période de six mois. Au cours de ces sessions, vous obtiendrez :

- S'entraîner pour apporter des changements de comportement réalistes et durables en matière d'alimentation et d'exercice
- Conseils pour faire plus d'exercice
- Stratégies pour contrôler votre poids
- Un entraîneur spécialement formé pour vous aider à rester motivé
- Le soutien de personnes ayant des objectifs et des défis similaires

Une fois que vous aurez terminé les séances de base, vous aurez droit à 6 séances de suivi mensuelles pour vous aider à maintenir de saines habitudes de vie.

Pour être admissible, vous devez présenter un risque de développer un diabète de type 2 et avoir :

- Partie B (ou un plan Medicare Advantage)
- Résultats d'examens (dans les 12 mois suivant votre première séance) qui montrent que vous souffrez de prédiabète :
 - Résultat du test d'hémoglobine A1C entre 5,7 % et 6,4 %
 - Glycémie à jeun de 110 à 125 mg/dL
 - Glycémie sur 2 heures de 140 à 199 mg/dL (test oral de tolérance au glucose)
- A body mass index (IMC) de 25 ou plus (IMC de 23 ou plus si vous êtes asiatique)
- Aucun antécédent de diabète de type 1 ou de type 2, ni d'insuffisance rénale terminale (IRT)

Comment puis-je participer ?

Jusqu'au 31 décembre 2029, vous pouvez choisir de participer en personne, virtuellement ou en combinant les deux modes de participation. Si vous participez virtuellement, vous pouvez choisir des séances en direct ou à votre rythme. Vous pouvez obtenir ces services auprès d'un fournisseur approuvé du Programme de prévention du diabète de Medicare. Ces fournisseurs peuvent être des professionnels ou établissements de soins de santé traditionnels, ou encore des organismes tels que des centres communautaires ou des organisations liées à une communauté religieuse.

Visitez [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program) pour trouver un programme près de chez vous ou en ligne.

Formation à l'autogestion du diabète

Si vous avez reçu un diagnostic de diabète, la partie B couvre la formation à l'autogestion du diabète pour vous aider à apprendre à gérer votre diabète. Votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé qualifié doit vous donner une ordonnance écrite pour que vous receviez cette formation.

Combien de formation est couverte ?

Medicare couvrira jusqu'à 10 heures de formation initiale—1 heure de formation individuelle et 9 heures de formation en groupe. Vous devez terminer la formation initiale dans les 12 mois suivant le moment où vous l'avez commencée. Vous pouvez également bénéficier de 2 heures de formation de suivi chaque année, après l'année où vous avez reçu la formation initiale. La formation de suivi peut être une formation individuelle ou des séances de groupe. Votre fournisseur doit commander cette formation de suivi chaque année pour que Medicare la couvre.

Important : Votre fournisseur peut prescrire jusqu'à 10 heures de formation individuelle, plutôt que des séances de groupe. Vous pouvez recevoir une formation individuelle si vous avez une basse vision, une déficience auditive, une difficulté de langage ou d'autres difficultés de communication, des limitations cognitives, ou si des séances de groupe ne sont pas disponibles dans les 2 mois suivant la date de la prescription.

Où puis-je obtenir cette formation ?

Vous devez obtenir cette formation d'une personne ou d'un programme approuvé dans le cadre d'un plan de soins préparé par votre fournisseur. Votre fournisseur vous donnera généralement des informations sur l'endroit où obtenir cette formation.

La formation à l'autogestion du diabète est disponible dans de nombreux centres de santé qualifiés au niveau fédéral (FQHCs). Les FQHC offrent des services de soins de santé aux personnes et aux groupes médicalement mal desservis qui n'ont pas un accès adéquat aux soins de santé. Vous n'avez pas à payer de partie B franchise. Rendez-vous sur findahealthcenter.hrsa.gov pour trouver un centre de santé près de chez vous.

Qu'est-ce que je vais apprendre dans cette formation ?

La première séance de formation à l'autogestion du diabète est une rencontre individuelle (individuelle) pour aider les instructeurs à mieux comprendre vos besoins. La formation en classe couvrira des sujets, tels que :

- Informations générales sur le diabète, y compris :
 - Avantages du contrôle de la glycémie
 - Risques d'un mauvais contrôle de la glycémie
 - Test de glycémie et comment améliorer votre contrôle du diabète
 - Comment l'alimentation, l'exercice et les médicaments affectent la glycémie
 - Comment gérer et améliorer le contrôle de la glycémie
- Changements de comportement, établissement d'objectifs et résolution de problèmes, notamment :
 - Comment prévenir, reconnaître et traiter les complications de votre diabète
 - Nutrition et comment gérer votre alimentation
 - Pourquoi l'exercice est important pour votre santé
 - Prendre correctement vos médicaments
 - Soins des pieds, de la peau et des dents
 - Comment s'adapter émotionnellement au diabète
 - Implication et soutien de la famille
 - Utiliser le système de soins de santé et les ressources de votre communauté

Services de thérapie nutritionnelle médicale

En plus de la formation à l'autogestion du diabète, la partie B couvre les services de thérapie nutritionnelle médicale si vous souffrez de diabète ou d'une maladie rénale et que vous répondez à certains critères. Un médecin doit vous référer pour ces services. Un diététicien (ou certains autres professionnels de la nutrition) peut vous offrir ces services :

- Un premier bilan nutritionnel et de mode de vie
- Conseils nutritionnels (quels aliments manger et comment suivre un plan alimentaire diabétique individualisé)
- Conseils sur la façon de gérer les facteurs liés au mode de vie qui affectent votre diabète
- Visites de suivi pour vérifier vos progrès

La thérapie nutritionnelle médicale est disponible dans de nombreux centres de santé qualifiés au niveau fédéral (FQHC). Rendez-vous sur findahealthcenter.hrsa.gov pour trouver un centre de santé près de chez vous.

Soins des pieds

Si vous avez des lésions à la jambe liées au diabète qui peuvent augmenter le risque de perte d'un membre, la partie B couvrira un examen du pied tous les 6 mois par un podiatre (médecin du pied) ou un autre spécialiste des soins des pieds, à condition que vous n'ayez pas vu un professionnel des soins des pieds pour une autre raison entre les visites. Medicare peut offrir une couverture pour des consultations plus fréquentes si vous avez subi une amputation non traumatique de tout ou partie d'un pied qui n'a pas été causée par une blessure, ou si l'apparence de vos pieds s'est modifiée, ce qui peut être un signe d'une maladie grave des pieds.

Tests d'hémoglobine A1C

Un test d'hémoglobine A1C est un test de laboratoire qui mesure la façon dont votre glycémie (sucre) a été contrôlée au cours des 3 derniers mois. Si vous êtes diabétique, la partie B couvre ce test si votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé le prescrit.

Dépistages du glaucome

Les dépistages du glaucome vérifient sans douleur votre vision et la santé de votre nerf optique pour rechercher des signes de la maladie oculaire glaucome. La partie B couvrira ce dépistage une fois tous les 12 mois si vous présentez un risque accru de glaucome parce que vous êtes atteint d'au moins une des affections suivantes :

- Diabète
- Antécédents familiaux de glaucome
- Sont afro-américains et ont 50 ans ou plus
- Sont hispaniques et ont 65 ans ou plus

Un ophtalmologiste qui est légalement autorisé à offrir ce service dans votre état doit vous faire dépister ou le superviser.

Vaccins

Si vous souffrez de diabète, vous avez un risque plus élevé de complications de certaines maladies. Il est important de rester à jour avec les vaccinations recommandées pour réduire votre risque d'infection. Discutez avec votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé pour savoir quels vaccins vous conviennent.

La partie B couvre les vaccins préventifs pour:

- La grippe
- la COVID-19
- L'hépatite B
- Le pneumocoque

La partie D couvre tous les vaccins pour adultes recommandés par le Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation (ACIP) qui ne sont pas couverts par la partie B, notamment le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), le virus respiratoire syncytial (VRS), le zona (herpès zoster), le Tdap et d'autres vaccins.

Visite préventive « Bienvenue à Medicare »

Au cours des 12 premiers mois de votre participation à la partie B, vous pouvez obtenir une visite préventive « Bienvenue à Medicare ». Au cours de cette visite, vous discuterez avec votre médecin ou un autre professionnel de la santé de sujets comme vos antécédents médicaux et sociaux en lien avec votre santé, de l'information et des conseils sur les services de prévention (comme les dépistages et les vaccins), ainsi que des orientations vers d'autres soins nécessaires. **La visite préventive « Bienvenue à Medicare » n'est pas un examen physique.**

Visite annuelle « Bien-être »

Si vous avez eu la partie B pendant plus de 12 mois, vous pouvez obtenir une visite annuelle de « bien-être ». Cette visite peut vous aider à élaborer ou à mettre à jour votre plan personnalisé en fonction de votre état de santé actuel et de vos facteurs de risque. **La visite annuelle « Wellness » n'est pas un examen physique.**

Medicare couvre cette visite une fois tous les 12 mois. Lors de cette visite, votre professionnel de santé va :

- Examiner vos antécédents médicaux et familiaux.
- Examiner vos ordonnances actuelles.
- Prendre votre taille, votre poids, votre tension artérielle et d'autres contrôles de routine.
- Vous remettre un plan écrit (semblable à une liste de vérification) qui précise les dépistages, les vaccins et les autres services de prévention dont vous avez besoin.
- Évaluer vos facteurs de risque potentiels liés à un trouble lié à l'usage de substances et vous orienter vers un traitement, au besoin.
- Effectuer une évaluation des fonctions cognitives afin de détecter les signes de démence, y compris la maladie d'Alzheimer.

Fournitures et services que Medicare ne couvre pas

Original Medicare et la couverture des médicaments Medicare (partie D) ne couvrent pas :

- Lunettes et examens de lunettes, sauf après une chirurgie de la cataracte
- Chaussures orthopédiques (chaussures pour les personnes dont les pieds sont altérés, mais intacts)
- Chirurgie esthétique
- Examens physiques de routine



Section 5:

Plus d'informations

Cette section vous donne de l'information sur les ressources disponibles pour vous aider à faire des choix et à prendre des décisions en matière de soins de santé qui répondent à vos besoins.

Pour obtenir plus d'informations sur les fournitures, les services et les programmes de prévention du diabète :

- Visitez [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage).
- Composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS peuvent composer le 1-877-486-2048.

Sites web et numéros de téléphone

Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC)

Le CDC dispose d'informations et de ressources sur le prédiabète, la prévention du diabète de type 2 et la gestion du diabète.

Rendez-vous sur [CDC.gov/diabetes](https://www.cdc.gov/diabetes)

Appelez le 1-800-232-4636

Programme national de prévention du diabète

Le Programme national de prévention du diabète est un programme de changement de mode de vie dirigé par le CDC. Le programme aide les gens à prévenir ou à retarder le diabète de type 2.

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

Trouver un centre de santé

Ce site vous aide à rechercher des centres de santé financés par HRSA, comme le Federally Qualified Health Center (FQHC), près de chez vous.

Visitez findahealthcenter.hrsa.gov

Service de santé indien (IHS)

IHS fournit des services de santé fédéraux aux Amérindiens et aux autochtones de l'Alaska. Ce site contient de l'information pour vous aider à prévenir et à gérer le diabète, des histoires de réussite et du matériel éducatif.

Rendez-vous sur [IHS.gov/diabetes](https://www.ihs.gov/diabetes)

MyHealthfinder

MyHealthfinder vous fournit des recommandations personnalisées sur les services de soins de santé préventifs selon votre âge et votre genre. Vous pouvez également trouver des informations sur la santé concernant le diabète.

Visitez healthfinder.gov/health-conditions/diabetes

Programme d'assistance à l'assurance maladie de l'État (SHIP)

Les SHIP offrent gratuitement aux personnes couvertes par Medicare, à leur famille et à leurs proches aidants des services personnalisés de counseling en assurance maladie.

Visitez shiphelp.org

Composez le 1-800-860-8747



Section 6:

Définitions

Assignment - Entente selon laquelle votre médecin, un autre professionnel de la santé ou un fournisseur accepte d'être payé directement par Medicare, d'accepter le montant approuvé par Medicare comme paiement intégral du service et de ne pas vous facturer un montant supérieur à la franchise et à la coassurance de Medicare.

Coassurance - Un montant que vous pourriez être tenu de payer à titre de part du coût des prestations après avoir payé les franchises. La coassurance est généralement un pourcentage (par exemple, 20 %).

Copaiement - Un montant que vous pourriez être tenu de payer à titre de part du coût des prestations après avoir payé les franchises. Une quote-part est un montant fixe, comme 30 \$.

Franchise - Le montant que vous devez payer pour les soins de santé ou les ordonnances avant que Medicare Original, votre plan Medicare Advantage, votre plan d'assurance médicaments Medicare ou votre autre assurance ne commence à payer.

Équipement médical durable - Certains équipements médicaux, comme un déambulateur, un fauteuil roulant ou un lit d'hôpital, qui sont prescrits par votre médecin pour une utilisation à la maison.

Montant approuvé par Medicare - Montant de paiement qu'Original Medicare établit pour un service ou un article couvert. Medicare paie sa part de ce montant, et vous payez la vôtre.

CMS Communications accessibles

Medicare fournit des aides et des services auxiliaires gratuits, y compris des renseignements dans des formats accessibles comme le braille, les gros caractères, les fichiers de données ou audio, les services de relais et les communications ATS. Si vous demandez des informations dans un format accessible, vous ne serez pas désavantagé par le temps supplémentaire nécessaire pour les fournir. Cela signifie que vous aurez plus de temps pour prendre des mesures s'il y a un retard dans le traitement de votre demande.

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

1. **Appelez-nous :**
Pour Medicare : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ATS : 1-877-486-2048
Pour Marketplace : 1-800-318-2596 ATS : 1-855-889-4325
2. **Courriel nous :** altformatrequest@cms.hhs.gov
3. **Envoyez-nous une lettre :**
Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Votre demande doit inclure votre nom, votre numéro de téléphone, le type d'information dont vous avez besoin (si vous le savez), et l'adresse postale à laquelle nous devons envoyer les documents. Nous pouvons vous contacter pour obtenir des informations supplémentaires.

Remarque : Si vous êtes inscrit à un régime Medicare Advantage ou à un régime d'assurance-médicaments Medicare, contactez votre régime pour demander ses informations dans un format accessible. Pour Medicaid, contactez votre bureau Medicaid national ou local.

Non-discrimination Avis

Les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) n'excluent pas, ne refusent pas les avantages ou ne discriminent pas toute personne sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du handicap, du sexe ou de l'âge dans l'admission, la participation ou la réception des services et avantages dans le cadre de l'un de ses programmes et activités, qu'ils soient réalisés par CMS directement ou par l'intermédiaire d'un entrepreneur ou de toute autre entité avec laquelle CMS organise la réalisation de ses programmes et activités.

Vous pouvez contacter CMS de l'une des manières indiquées dans le présent avis si vous avez des inquiétudes quant à l'obtention d'informations dans un format que vous pouvez utiliser.

Vous pouvez également déposer une plainte si vous pensez avoir été victime de discrimination dans un programme ou une activité CMS, y compris si vous rencontrez des problèmes pour obtenir des informations dans un format accessible à partir d'un plan Medicare Advantage, d'un régime d'assurance-médicaments Medicare, d'un bureau Medicaid national ou local ou d'un plan de santé qualifié sur le marché. Il y a 3 façons de déposer une plainte auprès des États-Unis. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau des droits civils :

1. **En ligne:**

[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. **Par téléphone :**

Composez le 1-800-368-1019.

Les utilisateurs de TTY peuvent appeler 1-800-537-7697.

3. **Par écrit :** Envoyez des informations sur votre plainte à :

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

Affaires officielles
Amende pour usage privé, 300 \$

Besoin d'un exemplaire de ce livret en espagnol ?

Cette brochure est disponible en espagnol. Pour obtenir un exemplaire gratuit, visitez [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ou composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS peuvent composer le 1-877-486-2048.

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



Medicare

L'information contenue dans cette brochure décrit le programme d'assurance maladie au moment de l'impression de cette brochure. Des modifications peuvent survenir après l'impression. Visitez [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour obtenir les informations les plus récentes. Les utilisateurs d'ATS peuvent composer le 1-877-486-2048.

« Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs » n'est pas un document juridique. Les directives juridiques officielles du programme Medicare sont contenues dans les lois, règlements et décisions pertinents.

Ce produit a été fabriqué aux frais des contribuables américains.