

Medicare-Abdeckung von Diabetesbedarf, -leistungen und Präventionsprogrammen

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



Medicare

Inhaltsverzeichnis

1	Abschnitt 1: Die Grundlagen
5	Abschnitt 2: Diabetesbedarf & -ausrüstung
9	Abschnitt 3: Diabetes-Arzneimittel
11	Abschnitt 4: Diabetes-Dienstleistungen und Präventionsprogramme
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-Arzneimittelplan beitreten, um zu erhalten Teil D. Sie können auch Medicare-Zusatzversicherung (Medigap) kaufen, um die Eigenkosten zu bezahlen Kosten, die Original Medicare nicht abdeckt, wie **Zuzahlungen**, **Mitversicherung** und **Selbstbehalte**.

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 grundlegende Informationen über einige der Diabetes Versorgungsmittel und Leistungen, die Teil B und Teil D abdecken.

Lieferung oder Dienstleistung	Was Medicare abdeckt	Ihre Kosten
Diabetes-Medikamente Gehe zu Seite 10.	Teil D deckt die meisten Diabetes-Medikamente zur Aufrechterhaltung des Blutzuckerspiegels (Zucker) ab. In einigen Fällen kann Teil B Insulin abdecken.	Sie zahlen eine Mitversicherung oder Zuzahlung . Teil D Selbstbehalt kann ebenfalls gelten.
Diabetes-Vorsorgeuntersuchungen Gehe zu Seite 12.	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.	Sie zahlen nichts, wenn Ihr Gesundheitsdienstleister die Direktabrechnung akzeptiert.
Selbstmanagement-Training für Diabetes Gehe zu den Seiten 13–14.	Teil B deckt dieses Training ab, wenn bei Ihnen Diabetes diagnostiziert wurde und Sie lernen möchten, wie Sie Ihre Erkrankung bewältigen können. Um diese Schulung zu erhalten, müssen Sie eine schriftliche Verordnung von Ihrem Gesundheitsdienstleister haben.	Nachdem Sie den Teil-B-Selbstbehalt erfüllt haben, zahlen Sie 20 % des von Medicare genehmigten Betrags .
Fußpflege Gehen Sie zu Seite 15.	Teil B deckt Fußuntersuchungen oder Behandlungen alle 6 Monate ab, wenn Sie diabetesbedingte Schäden am unteren Bein haben, die das Risiko eines Gliedmaßenverlusts erhöhen können, solange Sie zwischen den Besuchen aus keinem anderen Grund eine Fachkraft für Fußpflege nicht aufgesucht haben.	Nachdem Sie den Teil-B-Selbstbehalt erfüllt haben, zahlen Sie 20 % des von Medicare genehmigten Betrags.
Glaukom-Screenings Gehen Sie zu Seite 15.	Teil B deckt diese Untersuchungen ab, um Ihre Seh- und Sehnervengesundheit auf Anzeichen der Augenerkrankung Glaukom zu überprüfen. Sie können alle 12 Monate eine erhalten, wenn bei Ihnen ein hohes Risiko für Glaukom besteht. Ein Augenarzt, der rechtlich befugt ist, Glaukomtests in Ihrem Bundesstaat durchzuführen, muss das Screening durchführen oder überwachen.	Nachdem Sie den Teil-B-Selbstbehalt erfüllt haben, zahlen Sie 20 % des von Medicare genehmigten Betrags.
Blutzuckermessgeräte & Hilfsmittel Gehen Sie zu Seite 6.	Teil B deckt Blutzuckermessgeräte für den Heimgebrauch und verwandte Hilfsmittel (wie Teststreifen und Lanzetten) und kontinuierliche Glukosemessgeräte und verwandte Hilfsmittel (wie Sensoren) ab. Es kann Beschränkungen dafür geben, wie viel oder wie oft Sie diese Hilfsmittel erhalten.	Nachdem Sie den Teil-B-Selbstbehalt erfüllt haben, zahlen Sie 20 % des von Medicare genehmigten Betrags.

Lieferung oder Dienstleistung	Was Medicare abdeckt	Ihre Kosten
Hämoglobin-A1C-Tests Gehen Sie zu Seite 15.	Diese Labortests messen, wie gut Ihr Blutzucker (Zucker) in den letzten 3 Monaten kontrolliert wurde. Wenn Sie Diabetes haben, übernimmt Teil B diesen Test, wenn Ihr Arzt ihn anordnet.	Sie zahlen nichts für von Medicare abgedeckte klinische diagnostische Labortests.
Insulin Gehe zu Seite 10.	Teil B deckt Insulin ab, das mit einer Insulinpumpe verwendet wird, die unter Teil B als langlebige medizinische Ausrüstung (DME) abgedeckt ist. Teil-D-Pläne können Folgendes abdecken: • Injizierbares Insulin (Insulin, das Sie mit einem Pen oder einer Nadel injizieren). • Insulin, das Sie mit Pumpen verwenden, die keine DME sind, wie bestimmte Einwegpumpen. • Insulin zum inhalieren	Sie zahlen nicht mehr als 35 \$ für einen Monatsvorrat an Insulin, das abgedeckt ist unter Teil B oder Teil D. Der Selbstbehalt gilt nicht. Wenn Ihr Teil-D-Plan Pumpen abdeckt, die keine DME sind (wie Patch-Pumpen), kann die Pumpe selbst mehr als 35 \$ kosten.
Insulinbezogene Verbrauchsmaterialien Gehe zu Seite 10.	Teil-D-Pläne decken bestimmte medizinische Hilfsmittel ab, die für Insulininjektionen verwendet werden (wie Spritzen, Nadeln, Alkoholtupfer und Mull).	Sie zahlen eine Mitversicherung oder Zuzahlung . Der Teil-D-Selbstbehalt kann ebenfalls gelten.
Medicare-Diabetes-Präventionsprogramm Gehen Sie zu den Seiten 12–13.	Teil B deckt dieses Programm zur Verhaltensänderung im Gesundheitsbereich ab, um Ihnen zu helfen, Typ-2-Diabetes vorzubeugen.	Sie zahlen nichts, wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen.
Leistungen der medizinischen Ernährungstherapie Gehen Sie zu den Seiten 14–15.	Teil B kann diese Leistungen abdecken, wenn Sie Diabetes oder eine Nierenerkrankung haben. Ein Arzt muss Sie für diese Leistungen überweisen. Nur ein registrierter Diätassistent oder eine Ernährungsfachkraft, die bestimmte Anforderungen erfüllen, können diese Leistungen erbringen.	Sie zahlen nichts, wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen.

Lieferung oder Dienstleistung	Was Medicare abdeckt	Ihre Kosten
Therapeutische Schuhe oder Einlagen Gehen Sie zu Seite 8.	Teil B deckt therapeutische Schuhe oder Einlagen ab, wenn Sie Diabetes und eine schwere diabetesbedingte Fußkrankheit haben.	Nachdem Sie den Teil-B- Selbstbehalt erfüllt haben, zahlen Sie 20 % des von Medicare genehmigten Betrags .
Impfstoffe Gehen Sie zu Seite 15	Wenn Sie Diabetes haben, haben Sie ein höheres Risiko für Komplikationen durch bestimmte Krankheiten. Um Ihr Infektionsrisiko zu verringern: • Teil B deckt Grippe-, Pneumokokken-, Hepatitis-B- und COVID-19-Impfstoffe ab. • Teil D deckt alle für Erwachsene empfohlenen Impfstoffe ab, die vom Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) empfohlen werden und nicht unter Teil B abgedeckt sind, einschließlich Zoster (Gürtelrose), Respiratory Syncytial Virus (RSV) und anderer Impfstoffe.	Sie zahlen nichts für Impfstoffe nach Teil B, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Direktabrechnung akzeptiert. Für von ACIP empfohlene Impfstoffe nach Teil D zahlen Sie nichts.
„Willkommen bei Medicare“-Vorsorgeuntersuchung Gehen Sie zu Seite 16.	Teil B deckt einen einmaligen vorbeugenden „Willkommen bei Medicare“-Besuch innerhalb der ersten 12 Monate ab, in denen Sie Teil B haben. Dieser Besuch ist keine körperliche Untersuchung – es ist ein Termin, um Ihre Gesundheit zu überprüfen, Ihnen Aufklärung und Beratung zu Vorsorgeleistungen (einschließlich bestimmter Impfstoffe) zu geben und bei Bedarf Überweisungen für weitere Versorgung zu erhalten.	Sie zahlen nichts, wenn Ihr Gesundheitsdienstleister die Direktabrechnung akzeptiert. Der Teil-B-Selbstbehalt gilt nicht. Möglicherweise müssen Sie eine Mitversicherung zahlen, und der Teil-B-Selbstbehalt kann anfallen, wenn Ihr Leistungserbringer während Ihres Besuchs Tests oder Leistungen durchführt, die Medicare im Rahmen dieses Vorsorgebesuchs nicht abdeckt.
Jährlicher „Wellness“-Besuch Gehe zu Seite 16.	Teil B deckt einen jährlichen „Wellness“-Besuch ab, nachdem Sie Teil B länger als 12 Monate gehabt haben. Dieser Besuch ist keine körperliche Untersuchung – es ist ein Besuch, um Ihren personalisierten Plan zu entwickeln oder zu aktualisieren, der Ihnen dabei hilft, Krankheiten und Behinderungen vorzubeugen, basierend auf Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihren Risikofaktoren.	Sie zahlen nichts, wenn Ihr Leistungserbringer die Direktabrechnung akzeptiert. Der Teil-B-Selbstbehalt gilt nicht. Möglicherweise müssen Sie eine Mitversicherung zahlen, und der Teil-B-Selbstbehalt kann anfallen, wenn Ihr Leistungserbringer während Ihres Besuchs Tests oder Leistungen durchführt, die Medicare bei diesem Vorsorgebesuch nicht abdeckt.



Abschnitt 2:

Diabetesbedarf & -ausrüstung

Dieser Abschnitt gibt Ihnen Informationen darüber, welche Hilfsmittel und Geräte Medicare Teil B (Krankenversicherung) abdeckt.

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

Blutzuckermessgeräte & Zubehör

Blutzuckermessgeräte helfen Ihnen, Ihren Blutzuckerspiegel (Zucker) zu Hause mit einer kleinen Blutprobe zu überprüfen, die normalerweise aus Ihrer Fingerspitze entnommen wird. Teil B deckt Blutzuckermessgeräte und zugehörige Verbrauchsmaterialien als **langlebige medizinische Ausrüstung** ab, einschließlich:

- Teststreifen
- Lanzetten und Lanzettenhalter
- Kontrolllösungen (zur Überprüfung der Genauigkeit von Teststreifen und Blutzuckermessgerät)

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 die anderen Voraussetzungen erfüllen, erlaubt Ihnen Medicare, mehr Teststreifen und Lanzetten zu erhalten. Möglicherweise müssen Sie Aufzeichnungen führen, die zeigen, wie oft Sie sich tatsächlich selbst testen.

Kontinuierliche Glukosemonitore

Kontinuierliche Glukosemessgeräte überwachen Ihren Blutzuckerspiegel über ein Gerät, das an Ihrem Körper befestigt ist. Wenn Sie Diabetes haben, kann Teil B einen kontinuierlichen Glukosemonitor und zugehörige Hilfsmittel (wie Sensoren) abdecken. Bevor Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister einen kontinuierlichen Glukosemonitor verordnet, muss er Sie untersuchen und sicherstellen, dass Sie die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Sie nehmen Insulin oder haben in der Vergangenheit Probleme mit niedrigem Blutzucker (Hypoglykämie) gehabt.
- Sie oder Ihre Pflegeperson haben ausreichend Schulung erhalten, um ein kontinuierliches Glukosemessgerät zu verwenden.

Wenn Sie ein kontinuierliches Glukosemessgerät verwenden, müssen Sie regelmäßige persönliche oder von Medicare genehmigte Telehealth-Besuche bei Ihrem Arzt wahrnehmen.

Insulinpumpen

Wenn Sie eine außerhalb des Körpers getragene Insulinpumpe (extern) verwenden, die nicht wegwerfbar ist, kann Teil B das mit der Pumpe verwendete Insulin und die Pumpe selbst als langlebige medizinische Ausrüstung abdecken. Wenn Sie einen Teil-D-Plan haben, kann dieser bestimmte Einwegpumpen abdecken. Gehen Sie auf Seite 10 zu „Insulin“ für weitere Informationen.

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

Medicare übernimmt Geräte und Hilfsmittel nur, wenn Sie ein Rezept von Ihrem Arzt erhalten. Das Rezept sollte Informationen enthalten, wie zum Beispiel die Folgenden:

- Ob Sie Diabetes haben.
- Welche Art von Blutzuckermessgerät-Ausrüstung Sie benötigen und warum Sie sie benötigen. (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 Hilfsmittel in Ihrer Apotheke oder über einen medizinischen Ausrüstungslieferanten (jedes Unternehmen, jede Person oder jede Stelle, die Ihnen einen medizinischen Gegenstand oder eine medizinische Leistung bereitstellt, außer wenn Sie stationär in einem Krankenhaus oder einer qualifizierten Pflegeeinrichtung aufgenommen sind) bestellen, nachdem Ihr Arzt Ihnen das/die Rezept(e) ausgestellt oder zugesandt hat. Wenn Sie eine Versandapotheke oder einen Anbieter für medizinische Geräte nutzen, müssen Sie dort anrufen, um Ihre Bestellung aufzugeben.

Welche Apotheke oder welchen Lieferanten sollte ich verwenden?

Stellen Sie sicher, dass Sie Ihre Hilfsmittel von einer Apotheke oder einem Lieferanten beziehen, der an Medicare teilnimmt und **Direktabrechnungen** akzeptiert. Das bedeutet:

- Ihre Auslagen können geringer sein.
- Diese erklären sich damit einverstanden, Ihnen nur den Medicare-**Selbstbehalt** und den **Eigenanteil** zu berechnen und warten in der Regel, bis Medicare seinen Anteil bezahlt hat, bevor sie Sie um die Zahlung Ihres Anteils bitten.
- 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:

- Nehmen Sie an Medicare teil?
- Akzeptieren Sie einen Auftrag?

Besuchen Sie [Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers), um einen Lieferanten zu finden, der an Medicare teilnimmt. Sie können auch 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) anrufen. TTY-Benutzer können 1-877-486-2048 anrufen.

Hinweis: Medicare zahlt nicht für Vorräte, die Sie nicht angefordert haben, oder für Vorräte, die Ihnen automatisch von Lieferanten zugesandt wurden, einschließlich Blutzuckermessgeräte, Teststreifen und Lanzetten. Wenn Sie irreführende Werbung erhalten, Ihnen automatisch Vorräte zugesandt werden oder Sie Betrug im Zusammenhang mit Ihren Vorräten 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 Fußerkrankung 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

Medicare kann in bestimmten Fällen auch separate Einlagen oder Schuhmodifikationen anstelle von Einlagen 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:

- Sie haben Diabetes.
- Sie haben mindestens eine der folgenden Bedingungen in einem oder beiden Füßen:
 - Ein deformierter Fuß
 - Schwielen, die zu Fußgeschwüren führen können
 - Nervenschäden durch Diabetes mit Anzeichen von Problemen mit Schwielen
 - Teilweise oder vollständige Fußamputation
 - Frühere Fußgeschwüre
 - Schlechte Durchblutung
- 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:

Diabetes-Arzneimittel

Dieser Abschnitt gibt Ihnen Informationen darüber, welche Diabetes-Arzneimittel von der Medicare-Arzneimittelabdeckung (Teil D) oder Medicare Advantage-Plänen mit Arzneimittelabdeckung abgedeckt sind.

Verhandlung von Arzneimittelpreisen: Medicare verhandelt mit teilnehmenden Arzneimittelherstellern über den Preis bestimmter teurer Markenmedikamente von Medicare Teil B und Teil D, für die es keinen Wettbewerb gibt, einschließlich Arzneimittel zur Behandlung von Diabetes. Die Preise für die ersten 10 Teil-D-Arzneimittel, die Medicare ausgehandelt hat, wurden am 1. Januar 2026 verfügbar, und die Preise für die nächsten 15 Arzneimittel, die Medicare im Rahmen von Teil D ausgehandelt hat, treten am 1. Januar 2027 in Kraft. Wenden Sie sich an Ihren Plan, um Einzelheiten dazu zu erfahren, wie sich diese ausgehandelten Preise auf Sie auswirken könnten. Weitere Informationen finden Sie unter [Medicare.gov/how-drug-plans-work](https://www.medicare.gov/how-drug-plans-work).

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

Diabetes-Medikamente

Teil-D-Pläne decken eine Vielzahl von Diabetes-Arzneimitteln ab. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Plan, um herauszufinden, welche Arzneimittel, die sie abdecken.

Insulin

Teil B deckt Insulin ab, das mit einer Insulinpumpe verwendet wird, die unter Teil B als **dauerhafte medizinische Ausrüstung** abgedeckt ist.

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

- Injizierbares Insulin (Insulin, das Sie mit einem Pen oder einer Nadel injizieren)
- Insulin, das Sie mit Pumpen verwenden, die nicht als langlebige medizinische Ausrüstung unter Teil B abgedeckt sind, einschließlich:
 - Einwegpumpen, die nach 2–3 Tagen gewechselt werden (auch Patch-Pumpen genannt)
 - Bestimmte wiederverwendbare Pumpen, die Einweg-Insulinpatronen verwenden
 - Insulin, das inhaliert wird

Die Kosten für einen einmonatigen Vorrat jedes unter Teil B und Teil D abgedeckten Insulins betragen höchstens 35 \$, und Sie müssen für Ihr Insulin keinen **Selbstbehalt** zahlen. Wenn Sie Extra Help erhalten (ein Medicare-Programm, das Menschen mit begrenztem Einkommen und begrenzten Ressourcen dabei hilft, Medicare Part D-Prämien, Selbstbehalte, **Mitversicherungen** und andere Kosten zu bezahlen), zahlen Sie weniger als 35 \$.

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.

Hinweis: Wenn Sie in bestimmten Regionen des Landes leben, müssen Sie möglicherweise bestimmte Lieferanten für Insulinpumpen nutzen, damit Medicare für eine langlebige Insulinpumpe zahlt.

Insulinbezogene Vorräte

Wenn Sie einen Teil-D-Plan haben, kann dieser bestimmte Hilfsmittel abdecken, die Sie zur Injektion von Insulin verwenden, wie zum Beispiel:

- Alkoholtupfer
- Gaze
- Nadeln
- Spritzen

Teil B deckt keine Insulinpens oder insulinbezogenen Hilfsmittel ab, wie Spritzen, Nadeln, Alkoholtupfer oder Mullbinden.



Abschnitt 4:

Diabetes-Dienstleistungen und Präventionsprogramme

Dieser Abschnitt bietet Ihnen Informationen über Leistungen und Präventionsprogramme, die Medicare Teil B (Krankenversicherung) abdeckt, einschließlich Schulungen, die Ihnen helfen, Diabetes vorzubeugen, zu erkennen und zu behandeln. Dieser Abschnitt enthält auch Informationen über Impfstoffe, die von Teil B und der Medicare-Arzneimittelabdeckung (Teil D) abgedeckt werden.

ACCESS (Advancing Chronic Care with Effective, Scalable Solutions)

Ab dem 5. Juli 2026 bietet Medicare ein neues Modell an, um Menschen dabei zu helfen, ihre Gesundheit zu verbessern und chronische Krankheiten (wie Diabetes) vorzubeugen und zu behandeln. Dies ist ein freiwilliges Modell für Personen in Original Medicare. Es verbindet Ihren Arzt mit teilnehmenden Leistungserbringern, um Ihnen bei der Bewältigung Ihrer chronischen Erkrankungen zu helfen. Es kann auch dazu beitragen, den Zugang zu neuen technologiegestützten Versorgungsoptionen zu verbessern (wie tragbaren Blutdruckmessgeräten und Insulindetektoren sowie anderen praktischen Hilfsmitteln, die Sie zu Hause verwenden können) und könnte Ihre Gesundheitsversorgung erschwinglicher machen. Besuchen Sie [Medicare.gov/ACCESS](https://www.medicare.gov/ACCESS), um mehr zu erfahren.

Hinweis: Gehe zu Seite 19 für Definitionen von blau words

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 das Medicare-Diabetes-Präventionsprogramm ab, ein Programm zur Verhaltensänderung im Gesundheitsbereich, das Ihnen helfen soll, Typ-2-Diabetes vorzubeugen. Das Programm beginnt mit 16 wöchentlichen Gruppensitzungen, die von Coaches in einer Gruppenumgebung 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

Sobald Sie die Kernsitzungen abgeschlossen haben, erhalten Sie 6 monatliche Nachsorgesitzungen, die Ihnen dabei helfen, gesunde Gewohnheiten beizubehalten.

Um sich zu qualifizieren, müssen Sie ein Risiko haben, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, und Folgendes haben:

- 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 oder terminaler Niereninsuffizienz (ESRD)

Wie kann ich teilnehmen?

Bis zum 31. Dezember 2029 können Sie persönlich oder virtuell oder durch eine Kombination aus beidem teilnehmen. Wenn Sie virtuell teilnehmen, können Sie entweder Live-Sitzungen oder Sitzungen im eigenen Tempo wählen. Sie können diese Leistungen von einem zugelassenen Anbieter des Medicare Diabetes Prevention Program erhalten. Diese Anbieter können traditionelle Gesundheitsdienstleister oder Organisationen wie Gemeindezentren oder religiöse Organisationen sein.

Besuchen Sie [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program), um ein Programm in Ihrer Nähe oder online 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 verschreiben, statt Gruppensitzungen. Sie können eine individuelle Schulung erhalten, wenn Sie eine Sehschwäche, eine Hörbeeinträchtigung, eine Sprach- oder andere Kommunikationsschwierigkeit, kognitive Einschränkungen haben oder Gruppensitzungen innerhalb von 2 Monaten ab dem Datum der Verordnung nicht 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 **Selbstbehalte** bezahlen. Besuchen Sie findahealthcenter.hrsa.gov, um ein Gesundheitszentrum in Ihrer Nähe zu finden.

Was werde ich in diesem Training lernen?

Die erste Diabetes-Selbstmanagement-Schulung ist ein Einzelgespräch (eins zu eins), um den Instrukturen 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, um ein Gesundheitszentrum in Ihrer Nähe zu finden.

Fußpflege

Wenn Sie diabetesbedingte Schäden am Unterschenkel haben, die das Risiko eines Gliedmaßenverlusts erhöhen können, übernimmt Teil B eine Fußuntersuchung alle 6 Monate durch einen Podologen (Fußarzt) oder einen anderen Fußpflegespezialisten, solange Sie zwischen den Besuchen aus einem anderen Grund keinen Fußpflegefachmann aufgesucht haben. Medicare kann häufigere Besuche abdecken, wenn bei Ihnen eine nicht traumatische Amputation des gesamten Fußes oder eines Teils davon vorgenommen wurde und diese nicht durch eine Verletzung verursacht wurde, oder wenn sich das Aussehen Ihrer Füße verändert hat, was darauf hindeuten kann, dass Sie eine schwere Fußkrankheit 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.

Impfstoffe

Wenn Sie Diabetes haben, haben Sie ein höheres Risiko für Komplikationen durch bestimmte Krankheiten. Es ist wichtig, mit den empfohlenen Impfungen auf dem neuesten Stand zu bleiben, um Ihr Infektionsrisiko zu verringern. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder einem anderen Gesundheitsdienstleister, um herauszufinden, welche Impfungen für Sie geeignet sind.

Teil B deckt vorbeugende Impfungen ab für:

- Grippe
- COVID-19
- Hepatitis-B
- Pneumokokken

Teil D deckt alle für Erwachsene empfohlenen Impfstoffe ab, die vom Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) empfohlen werden und nicht unter Teil B abgedeckt sind, einschließlich Masern, Mumps und Röteln (MMR), Respiratory Syncytial Virus (RSV), Zoster (Gürtelrose), Tdap und mehr.

„Willkommen bei Medicare“ Vorsorgebesuch

Während der ersten 12 Monate, in denen Sie Teil B haben, können Sie einen vorbeugenden „Willkommen bei Medicare“-Besuch erhalten. Während des Besuchs werden Sie und Ihr Arzt oder ein anderer Gesundheitsdienstleister über Dinge wie Ihre medizinische und soziale Vorgeschichte im Zusammenhang mit Ihrer Gesundheit, Aufklärung und Beratung zu Vorsorgeleistungen (wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen) sowie Überweisungen für andere Behandlungen sprechen, die Sie möglicherweise benötigen. **Der präventive Besuch „Willkommen bei 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 einmal alle 12 Monate ab. Während dieses Besuchs wird Ihr Gesundheitsdienstleister:

- Überprüfen Sie Ihre medizinische und familiäre Vorgeschichte.
- Überprüfen Sie Ihre aktuellen Verschreibungen.
- Lassen Sie Ihre Körpergröße, Ihr Gewicht, Ihren Blutdruck und andere Routinewerte messen.
- Geben Sie Ihnen einen schriftlichen Plan (wie eine Checkliste), der Ihnen mitteilt, welche Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und anderen präventiven Leistungen Sie benötigen.
- Bewerten Sie Ihre potenziellen Risikofaktoren für eine Substanzgebrauchsstörung und überweisen Sie Sie bei Bedarf zur Behandlung. Führen Sie eine kognitive Beurteilung durch, um nach Anzeichen von Demenz, einschließlich 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
- Routine körperliche Untersuchungen



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.

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

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

MyHealthfinder gibt Ihnen personalisierte Empfehlungen für präventive Gesundheitsleistungen basierend auf Ihrem Alter und Geschlecht. Sie können auch Gesundheitsinformationen über Diabetes finden.

Besuchen Sie healthfinder.gov/health-conditions/diabetes

Staatliches Krankenversicherungsunterstützungsprogramm (SHIP)

SHIPs bieten Menschen mit Medicare, ihren Familien und Pflegepersonen kostenlose, persönliche Beratung zur Krankenversicherung.

Besuchen Sie shiphelp.org

Rufen Sie 1-800-860-8747



Abschnitt 6:

Definitionen

Direktabrechnung - Eine Vereinbarung Ihres Arztes, eines anderen Gesundheitsdienstleisters oder Lieferanten, sich direkt von Medicare bezahlen zu lassen, den von Medicare für die Leistung genehmigten Zahlungsbetrag als vollständige Zahlung anzunehmen und Ihnen nicht mehr als den Medicare-Selbstbehalt und die Mitversicherung 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 das Original-Medicare für eine abgedeckte Leistung oder einen abgedeckten Gegenstand festlegt. Medicare zahlt seinen Anteil und Sie zahlen Ihren Anteil dieses Betrags.

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

3. **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.