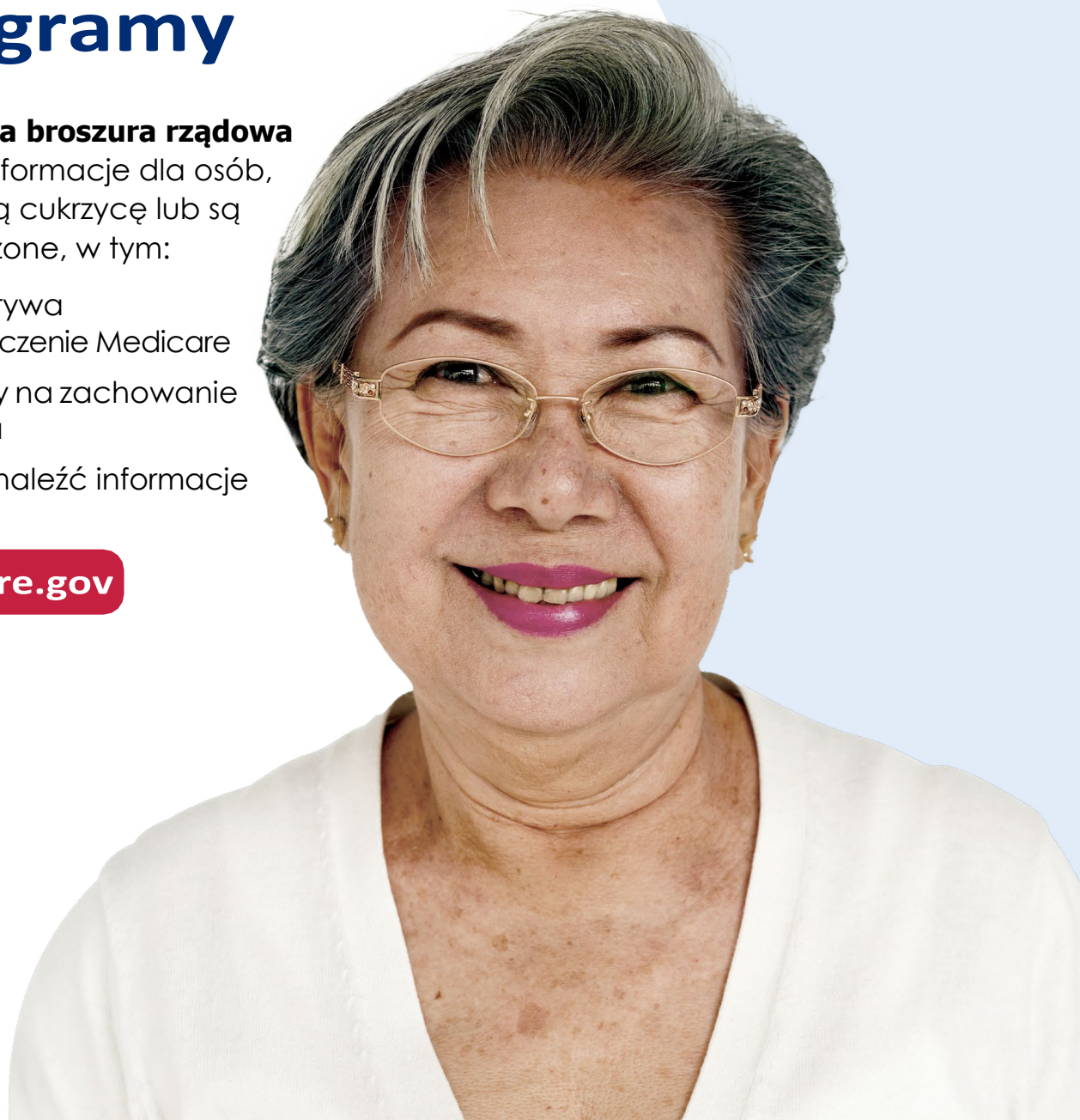


Ubezpieczenie Medicare materiałów dla diabetyków, Usługi & profilaktyka Programy

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



Medicare

Spis treści

1	Rozdział 1: Podstawy
5	Rozdział 2: Materiały i sprzęt stosowane w cukrzycy
9	Rozdział 3: Leki na cukrzycę
11	Rozdział 4: Usługi związane z cukrzycą i programy profilaktyczne
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).

Original Medicare obejmuje część A (ubezpieczenie szpitalne) oraz część B (ubezpieczenie medyczne). Jeśli masz Original Medicare, możesz dołączyć do oddzielnego planu leków Medicare, aby otrzymać Część D. Możesz także kupić Ubezpieczenie Uzupełniające Medicare (Medigap), aby pomóc w pokryciu z własnej kieszeni kosztów, których nie pokrywa Original Medicare, takie jak **współpłaćność**, **współubezpieczenie** i **udział własny**.

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 podstawowe informacje o niektórych stosowanych w cukrzycy materiałach i usługach, objętych przez Część B i Część D.

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

Produkt lub usługa	Co pokrywa ubezpieczenie Medicare	Twoje koszty
Leki na cukrzycę Przejdź do strony 10.	Część D obejmuje większość leków przeciwcukrzycowych utrzymujących poziom glukozy (cukru) we krwi. W niektórych przypadkach część B może obejmować insulinę.	Płacisz udział własny lub współpłatność . Może też obowiązywać udział własny z Części D.
Testy przesiewowe dla diabełków Przejdź do strony 12.	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.	Nie płacisz nic, jeśli Twój świadczeniodawca opieki zdrowotnej akceptuje zlecenie .
Szkolenie w zakresie samokontroli cukrzycy Przejdź do stron 13–14.	Część B pokrywa koszty tego szkolenia, jeśli zdiagnozowano u Ciebie cukrzycę i chcesz nauczyć się, jak zarządzać swoją chorobą. Aby uczestniczyć w tym szkoleniu, musisz mieć pisemne zlecenie od swojego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej.	Po osiągnięciu kwoty udziału własnego w ramach Części B płacisz 20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare .
Pielęgnacja stóp Przejdź do strony 15.	Część B obejmuje badania stóp lub leczenie co 6 miesięcy, jeśli masz uszkodzenie dolnej części nogi związane z cukrzycą, które może zwiększać ryzyko utraty kończyny, pod warunkiem że nie korzystałeś(-aś) z opieki specjalisty od stóp z innego powodu między wizytami.	Po osiągnięciu kwoty udziału własnego w ramach Części B płacisz 20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare.
Badania przesiewowe w kierunku jaskry Przejdź do strony 15.	Część B obejmuje te badania przesiewowe, aby sprawdzić zdrowie Twojego wzroku i nerwu wzrokowego, aby sprawdzić w przypadku objawów jaskry, choroby oczu. Ty możesz otrzymać jedną co 12 miesięcy, jeśli jesteś w wysokie ryzyko jaskry. Lekarz okulista, który jest prawnie uprawniony do wykonywania badań jaskry w Twoim stan musi wykonać lub nadzorować badanie przesiewowe.	Po osiągnięciu kwoty udziału własnego w ramach Części B płacisz 20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare.
Glukometry i materiały eksploatacyjne Przejdź do strony 6.	Część B obejmuje domowe glukometry i związane z nimi materiały eksploatacyjne (takie jak paski testowe i lancety) oraz glukometry ze stałym pomiarem i związane z nimi materiały eksploatacyjne (takie jak czujniki). Mogą obowiązywać limity ilości lub częstotliwości otrzymywania tych materiałów.	Po osiągnięciu kwoty udziału własnego w ramach Części B płacisz 20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare.

Produkt lub usługa	Co pokrywa ubezpieczenie Medicare	Twoje koszty
Badania hemoglobiny A1C Przejdź do strony 15.	Te badania laboratoryjne mierzą, jak dobrze poziom glukozy we krwi (cukru) był kontrolowany w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Jeśli masz cukrzycę, część B pokrywa koszty tego badania, jeśli zleci je Twój lekarz.	Za diagnostyczne badania laboratoryjne objęte Medicare nie płacisz nic.
Insulina Przejdź do strony 10.	Część B obejmuje insulinę używaną z pompą insulinową, która jest objęta ubezpieczeniem jako trwały sprzęt medyczny (DME) w ramach Części B. Plany Części D mogą obejmować: - Insulinę do wstrzykiwań (insulina, którą wstrzykujesz za pomocą pena lub igły). - Insulinę używaną z pompami, które nie są DME, takimi jak niektóre pompy jednorazowe. - Insulinę wziewną.	Płacisz nie więcej niż 35 USD za miesięczny zapas insuliny objętej ubezpieczeniem w ramach Części B lub Części D. Udział własny nie ma zastosowania. Jeśli Twój plan Części D obejmuje pompy, które nie są DME (takie jak pompy naklejane), sama pompa może kosztować więcej niż 35 USD.
Materiały związane z insuliną- Przejdź do strony 10.	Plany części D pokrywają niektóre materiały medyczne używane do zastrzyków z insuliny (takie jak strzykawki, igły, gaziki nasączone alkoholem i gaza).	Płacisz współubezpieczenie lub współpłatność . Może też obowiązywać udział własny w ramach Części D.
Program Zapobiegania Cukrzycy Medicare Przejdź do stron 12–13.	Część B obejmuje ten program zmiany zachowań zdrowotnych, aby pomóc Ci zapobiec cukrzycy typu 2.	Nie płacisz nic, jeśli się kwalifikujesz.
Usługi terapii żywieniowej w medycynie Przejdź do stron 14–15.	Część B może pokrywać koszt tych usług, jeśli masz cukrzycę lub chorobę nerek. Na te usługi musi skierować Cię lekarz. Te usługi może świadczyć tylko zarejestrowany dietetyk lub specjalista ds. żywienia, który spełnia określone wymagania.	Nie płacisz nic, jeśli się kwalifikujesz.

Produkt lub usługa	Co pokrywa ubezpieczenie Medicare	Twoje koszty
Buty terapeutyczne lub wkładki Przejdź do strony 8.	Część B pokrywa koszt butów lub wkładek terapeutycznych, jeśli masz cukrzycę i ciężką chorobę stóp związaną z cukrzycą.	Po osiągnięciu kwoty udział własny części B płacisz 20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare .
Szczepionki Przejdź do strony 15.	Jeśli masz cukrzycę, masz większe ryzyko powikłań związanych z niektórymi chorobami. Aby zmniejszyć ryzyko infekcji: - Część B pokrywa koszt szczepionek przeciw grypie, pneumokokom, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz COVID-19. - Część D pokrywa koszt wszystkich szczepionek dla dorosłych, zalecanych przez Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), które nie są objęte częścią B, w tym przeciw półpaścowi, syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) oraz innych szczepionek.	Nie płacisz nic za szczepionki w ramach Części B, jeśli Twój lekarz lub świadczeniodawca akceptuje zlecenie. Nie płacisz nic za szczepionki z Części D zalecane przez ACIP.
Wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare” Przejdź do strony 16.	Część B obejmuje jednorazową profilaktyczną wizytę „Witamy w Medicare” w ciągu pierwszych 12 miesięcy posiadania Części B. Ta wizyta nie jest badaniem fizykalnym — to wizyta służąca omówieniu stanu zdrowia, edukacji i poradnictwu dotyczącym usług profilaktycznych (w tym niektórych szczepionek) oraz uzyskaniu skierowań na inną opiekę w miarę potrzeby.	Nie płacisz nic, jeśli Twój świadczeniodawca opieki zdrowotnej akceptuje zlecenie. Udział własny z części B nie ma zastosowania. Może być konieczne zapłacenie współubezpieczenia, a udział własny w ramach części B może mieć zastosowanie, jeśli podczas wizyty świadczeniodawca wykona badania lub usługi, których Medicare nie pokrywa w ramach tej wizyty profilaktycznej.
Coroczna wizyta „Wellness” Przejdź do strony 16.	Część B obejmuje coroczną wizytę „Dobrostan (Wellness)” po okresie posiadania Części B dłuższym niż 12 miesięcy. Ta wizyta nie jest badaniem fizykalnym — to wizyta mająca na celu opracowanie lub aktualizację Twojego spersonalizowanego planu, który pomoże zapobiegać chorobie i niepełnosprawności, na podstawie Twojego obecnego stanu zdrowia i czynników ryzyka.	Nie płacisz nic, jeśli Twój świadczeniodawca akceptuje zlecenie. Udział własny z części B nie ma zastosowania. Możesz być zobowiązany/-a do zapłaty współubezpieczenia, a udział własny w ramach części B może mieć zastosowanie, jeśli podczas wizyty świadczeniodawca wykona badania lub usługi, których Medicare nie pokrywa w ramach tej wizyty profilaktycznej.



Rozdział 2:

Materiały i sprzęt do cukrzycy

Ta sekcja zawiera informacje o tym, jakie materiały i sprzęt są pokrywane w ramach Części B Medicare (ubezpieczenie medyczne).

Uwaga: Przejdź do strony 19, aby zapoznać się z definicjami [niebieskich](#) słów

Glukometry i materiały do pomiaru glukozy we krwi

Glukometry pomagają sprawdzać w domu poziom glukozy (cukru) we krwi za pomocą małej próbki krwi, zwykle pobranej z opuszka palca. Część B obejmuje glukometry i powiązane materiały jako **trwały sprzęt medyczny**, w tym:

- Paski testowe
- Lancety i uchwyty do lancetów
- Roztwory kontrolne (do sprawdzania dokładności pasków testowych i glukometru)

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 lekarz stwierdzi, że jest to konieczne ze względów medycznych, i spełniasz inne wymagania, Medicare pozwoli Ci otrzymywać więcej pasków testowych i lancetów. Być może będziesz musiał(a) prowadzić zapis pokazujący, jak często faktycznie wykonujesz samokontrolę.

Stałe monitory glukozy

Glukometry do stałego pomiaru śledzą poziom cukru we krwi za pomocą urządzenia przymocowanego do ciała. Jeśli masz cukrzycę, część B może obejmować glukometr do stałego pomiaru oraz związane z nim materiały eksploatacyjne (takie jak czujniki). Zanim lekarz lub inny świadczeniodawca opieki zdrowotnej zleci ciągły monitor glukozy, musi zbadać Cię i upewnić się, że spełniasz następujące warunki:

- Przyjmujesz insulinę lub masz w wywiadzie problemy z niskim poziomem cukru we krwi (hipoglikemią).
- Ty lub Twój opiekun przeszliście szkolenie wystarczające do korzystania z glukometru do stałego pomiaru.

Jeśli korzystasz z glukometru do stałego pomiaru, musisz odbywać rutynowe wizyty osobiste lub zatwierdzone przez Medicare telewizyty u swojego lekarza.

Pompy insulinowe

Jeśli używasz pompy insulinowej noszonej na zewnątrz ciała (zewnętrznej), która nie jest jednorazowa, część B może pokrywać koszty insuliny używanej z pompą oraz samej pompy jako trwałego sprzętu medycznego. Jeśli masz plan Części D, może on obejmować niektóre pompy jednorazowe. Więcej informacji znajdziesz w sekcji „Insulina” na stronie 10.

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

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

- Stwierdzenie, czy masz cukrzycę.
- Jakiego rodzaju sprzętu do pomiaru glukozy potrzebujesz i dlaczego go potrzebujesz. (Jeśli potrzebujesz specjalnego monitora z powodu problemów ze wzrokiem, lekarz musi to wyjaśnić.)
- Czy przyjmujesz insulinę.
- Jak często powinienesz(-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 (dowolnej firmy, osoby lub agencji, która dostarcza Ci wyrób lub usługę medyczną, z wyjątkiem sytuacji, gdy jesteś pacjentem na leczeniu stacjonarnym w szpitalu lub w wykwalifikowanej placówce pielęgniarskiej) po tym, jak lekarz wystawi Ci lub prześle receptę(-y). Jeśli korzystasz z apteki wysyłkowej lub dostawcy sprzętu medycznego, będziesz musiał(a) do nich zadzwonić, aby złożyć zamówienie.

Z jakiej apteki lub dostawcy powinienem skorzystać?

Upewnij się, że otrzymujesz swoje materiały z apteki lub od dostawcy, który uczestniczy w Medicare i akceptuje **zlecenie**. Oznacza to, że:

- Twoje bieżące koszty mogą być niższe.
- Zgadzą się obciążyć Cię tylko kwotą **udziału własnego** i **współubezpieczenia** Medicare oraz zazwyczaj czekają, aż Medicare zapłaci swoją część, zanim poproszą Cię o zapłatę 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 uczestniczysz w Medicare?
- Czy przyjmujesz zlecenia?

Odwiedź [Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers), aby znaleźć dostawcę uczestniczącego w programie Medicare. Możesz również zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy TTY mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Uwaga: Medicare nie zapłaci za żadne materiały, których nie zamawiałeś/-aś, ani za materiały wysłane do Ciebie automatycznie przez dostawców, w tym glukometry, paski testowe i lancety. Jeśli otrzymujesz wprowadzające w błąd reklamy, automatycznie wysyłane materiały 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

W niektórych przypadkach Medicare może pokrywać również oddzielne wkładki lub modyfikacje obuwia zamiast wkładek.

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:

- Masz cukrzycę.
- Masz przynajmniej jedno z tych schorzeń dotyczących co najmniej jednej stopy:
 - Zniekształcona stopa
 - Zrogowacenia, które mogłyby prowadzić do owrzodzeń stopy
 - Uszkodzenie nerwów spowodowane cukrzycą z oznakami zrogowacenia
 - Częściowa lub całkowita amputacja stopy
 - Przebyte owrzodzenia stóp
 - Słaby krwioobieg
- 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:

Leki na cukrzycę

Ta sekcja zawiera informacje o tym, które leki na cukrzycę są objęte ubezpieczeniem lekowym Medicare (Część D) lub planami Medicare Advantage z ubezpieczeniem lekowym.

Negocjowanie cen leków: Medicare prowadzi negocjacje z uczestniczącymi firmami farmaceutycznymi w sprawie ceny niektórych drogich markowych leków Medicare Części B i Części D, które nie mają konkurencji, w tym leków stosowanych w leczeniu cukrzycy. Ceny pierwszych 10 leków z części D, które Medicare wynegocjował, stały się dostępne 1 stycznia 2026 r., a ceny kolejnych 15 leków, które Medicare wynegocjował w ramach części D, wejdą w życie 1 stycznia 2027 r. Skontaktuj się ze swoim planem, aby uzyskać szczegółowe informacje o tym, co te wynegocjowane ceny mogą oznaczać dla Ciebie. Aby dowiedzieć się więcej, odwiedź [Medicare.gov/how-drug-plans-work](https://www.medicare.gov/how-drug-plans-work).

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

Leki na cukrzycę

Plany Części D obejmują różne leki na cukrzycę. Sprawdź w swoim planie, które leki on obejmuje.

Insulina

Część B obejmuje insulinę używaną z pompą insulinową, która jest objęta jako **trwały sprzęt medyczny** w ramach Części B.

Jeśli posiadasz plan z części D, może on obejmować:

- Insulina wstrzykiwana (insulina, którą wstrzykujesz za pomocą pena lub igły)
- Insulina używana z pompami, które nie są objęte ubezpieczeniem jako trwały sprzęt medyczny w ramach Części B, w tym:
 - Pompy jednorazowe, które są wymieniane po 2–3 dniach (nazywane również pompami naklejanymi)
 - Niektóre pompy wielokrotnego użytku, które wykorzystują jednorazowe wkłady z insuliną
 - Insulinę do wdychania.

Koszt miesięcznego zapasu każdej insuliny objętej częścią B i częścią D nie przekracza 35 USD, a za insulinę nie trzeba płacić **udziału własnego**. Jeśli otrzymujesz Dodatkową Pomoc (program Medicare pomagający osobom o ograniczonych dochodach i zasobach w opłacaniu składek na Medicare Część D, udziału własnego, **współubezpieczenia** i inne koszty), zapłacisz mniej niż 35 USD.

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.

Uwaga: Jeśli mieszkasz w niektórych obszarach kraju, możesz być zobowiązany/-a do korzystania z określonych dostawców pomp insulinowych, aby Medicare pokryło koszt trwałej pompy insulinowej.

Materiały związane z insuliną

Jeśli masz plan Części D, może on obejmować niektóre materiały, których używasz do wstrzykiwania insuliny, takie jak:

- Wymazy alkoholowe
- Gazy
- Igły
- Strzykawki

Część B nie obejmuje penów do insuliny ani materiałów związanych z insuliną, takich jak strzykawki, igły, gaziki nasączone alkoholem czy gaza.



Rozdział 4:

Usługi związane z cukrzycą i programy profilaktyczne

Ta sekcja zawiera informacje o usługach i programach profilaktycznych objętych przez Medicare Część B (ubezpieczenie medyczne), w tym szkolenia pomagające zapobiegać cukrzycy, wykrywać ją i leczyć. Ta sekcja zawiera również informacje o szczepionkach, które są objęte częścią B oraz ubezpieczeniem na leki Medicare (część D).

ACCESS (Advancing Chronic Care with Effective, Scalable Solutions)

Od 5 lipca 2026 r. Medicare oferuje nowy model, który ma pomóc ludziom poprawić stan zdrowia oraz zapobiegać i kontrolować choroby przewlekłe (takie jak cukrzyca). Jest to dobrowolny model dla osób objętych Original Medicare. Łączy Twojego lekarza z uczestniczącymi świadczeniodawcami, aby pomóc w zarządzaniu Twoimi przewlekłymi schorzeniami. Może również pomóc poprawić dostęp do nowych opcji opieki wspieranych technologią (takich jak nasobne ciśnieniomierze i detektory insuliny oraz inne wygodne narzędzia, których można używać w domu) i może sprawić, że opieka zdrowotna będzie bardziej przystępna cenowo. Odwiedź [Medicare.gov/ACCESS](https://www.medicare.gov/ACCESS), aby dowiedzieć się więcej.

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 ciążarnych (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 powinieneś(-naś) wykonać te badania.

Program Medicare na rzecz zapobiegania cukrzycy

Część B obejmuje program Medicare Diabetes Prevention Program – program zmiany zachowań zdrowotnych, który pomaga zapobiegać cukrzycy typu 2. Program rozpoczyna się od 16 cotygodniowych sesji grupowych prowadzonych przez trenerów w warunkach grupowych przez sześć miesięcy. Na tych sesjach otrzymasz:

- 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

Po ukończeniu podstawowych sesji będzie Ci przysługiwać 6 miesięcznych sesji kontrolnych, które pomogą Ci utrzymać zdrowe nawyki.

Aby się zakwalifikować, musisz być zagrożony/-a cukrzycą typu 2 i 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 Azjatą)
- Brak w wywiadzie cukrzycy typu 1 lub typu 2 ani schyłkowej niewydolności nerek (ESRD)

Jak mogę wziąć udział?

Do 31 grudnia 2029 r. możesz wybrać udział osobiście, wirtualnie, albo w połączeniu obu tych form. Jeśli uczestniczysz w zajęciach online, możesz wybrać sesję na żywo albo we własnym tempie. Usługi te można uzyskać od zatwierdzonego dostawcy programu zapobiegania cukrzycy Medicare. Dostawcami mogą być tradycyjni świadczeniodawcy opieki zdrowotnej lub organizacje takie jak centra społecznościowe albo organizacje wyznaniowe.

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

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 świadczeniodawca może przepisać do 10 godzin indywidualnego szkolenia zamiast sesji grupowych. Możesz otrzymać indywidualne szkolenie, jeśli masz słaby wzrok, niedosłuch, trudności językowe lub inne trudności w komunikacji, ograniczenia poznawcze albo jeśli sesje grupowe nie są dostępne w ciągu 2 miesięcy od daty zlecenia.

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 **udziału własnego**. Odwiedź findahealthcenter.hrsa.gov, aby znaleźć najbliższy ośrodek zdrowia.

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.

Pielęgnacja stóp

Jeśli masz uszkodzenie dolnej części nogi związane z cukrzycą, które może zwiększać ryzyko utraty kończyny, Część B pokryje koszt jednego badania stóp co 6 miesięcy wykonywanego przez podiatrę (lekarza od stóp) lub innego specjalistę od pielęgnacji stóp, pod warunkiem że nie korzystałeś/-aś z usług specjalisty od pielęgnacji stóp z innego powodu między wizytami. Medicare może pokrywać koszt częstszych wizyt, jeśli przeszedłeś/przeszłaś nieurazową amputację całej stopy lub jej części i nie jest ona spowodowana urazem, albo jeśli wygląd Twoich stóp uległ zmianie, co może wskazywać na poważną chorobę stóp.

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.

Szczepionki

Jeśli masz cukrzycę, masz większe ryzyko powikłań związanych z niektórymi chorobami. Ważne jest, aby być na bieżąco z zalecanymi szczepieniami, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia. Porozmawiaj ze swoim lekarzem lub innym świadczeniodawcą opieki zdrowotnej, aby dowiedzieć się, które szczepionki są dla Ciebie odpowiednie.

Część B obejmuje szczepionki profilaktyczne dla:

- Grypa
- COVID-19
- WZW B
- Pneumokokowe

Część D obejmuje wszystkie szczepionki dla dorosłych zalecane przez Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), które nie są objęte częścią B, w tym na odrę, świnkę i różyczkę (Measles, Mumps and Rubella – MMR), syncytialny wirus oddechowy (RSV), półpasiec, Tdap i inne.

Wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare”

W ciągu pierwszych 12 miesięcy posiadania Części B możesz skorzystać z profilaktycznej wizyty „Witamy w Medicare” (Welcome to Medicare). Podczas wizyty Ty i Twój lekarz lub inny świadczeniodawca opieki zdrowotnej porozmawiacie o takich kwestiach jak Twoja historia medyczna i społeczna związana ze zdrowiem, edukacja i poradnictwo dotyczące usług profilaktycznych (takich jak badania przesiewowe i szczepienia) 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 tej wizyty raz na 12 miesięcy. Podczas tej wizyty Twój świadczeniodawca opieki zdrowotnej:

- Przejrzy Twoją historię medyczną i rodzinną.
- Przejrzy Twoje obecne recepty.
- Zmierzy Twój wzrost, masę ciała, ciśnienie krwi i inne typowe parametry.
- Da Ci pisemny plan (na przykład listę kontrolną), z którego dowiesz się, jakie badania przesiewowe, szczepienia i inne usługi profilaktyczne są Ci potrzebne.
- Oceni Twoje czynniki ryzyka zaburzeń związanych z używaniem substancji i w razie potrzeby skieruje Cię na leczenie.
- Przeprowadzi ocenę zdolności poznawczych w celu wykrycia 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
- Przeprowadzi rutynowe badania fizykalne



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.

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)

MyHealthfinder daje Ci spersonalizowane zalecenia dotyczące profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie Twojego wieku i płci. Możesz również znaleźć informacje zdrowotne dotyczące cukrzycy.

Odwiedź healthfinder.gov/health-conditions/diabetes

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

Programy SHIP zapewniają osobom objętym 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 zawarta przez lekarza, innego świadczeniodawcę lub dostawcę, stanowiąca że płatność dokonywana jest bezpośrednio przez Medicare, kwota płatności zatwierdzona przez Medicare za usługę jest uznawana za pełną zapłatę oraz że Twój rachunek nie może być na kwotę wyższą niż kwota udziału własnego i współubezpieczenia Medicare.

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, którą Original Medicare ustala za objętą ubezpieczeniem usługę lub przedmiot. 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. 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 niedostępujące) 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.