

Medicare-Deckung für Diabetesbedarfsmaterialien, Dienstleistungen & Präventionsprogramme

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

**Diese offizielle
Regierungsleitpfaden enthält
wichtige Informationen dazu:**

- Was gedeckt wird
- Hilfreiche Tipps, um Sie gesund zu halten
- Wo Sie mehr Informationen erhalten



crossing
and partly < diab
DI⁻¹ + base, basis
di·a·be·tes (dī'
marked by e

Inhaltsverzeichnis

Einführung	4
Abschnitt 1: Medicare-Deckung für Diabetes auf einen Blick	5
Abschnitt 2: Von Medicare Teil B gedeckter Diabetesbedarfsmaterialien	9
Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien	10
Insulinpumpen	13
Therapeutische Schuhe oder Einlagen	13
Ersatz für verloren gegangene(n) oder beschädigte(n) langlebige(n) medizinische(n) Ausrüstung oder Bedarfsmaterialien im Falle eines Unglücks oder Notfalls	14
Abschnitt 3: Medicare Teil D-Diabetes-Deckung	15
Insulin	16
Antidiabetika	16
Diabetesbedarfsmaterialien	16
Für mehr Informationen	16
Abschnitt 4: Von Medicare gedeckte Diabetes-Screenings & -Dienstleistungen	17
Screening für Diabetes	18
Medicare Diabetes-Präventionsprogramm	18
Schulung für Diabetes-Selbstmanagement	19
Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen	22
Fußuntersuchungen & -behandlung	23
Hämoglobin A1c-Tests	23
Glaukom-Tests	23
Gripeschutz- und Pneumokokkenimpfungen	24
Vorbeugender Besuch "Willkommen bei Medicare" („Welcome to Medicare“)	24
Jährlicher „Wellness“-Besuch	24
Bedarfsmaterialien & Dienstleistungen, die nicht von Medicare gedeckt werden.	24
Abschnitt 5: Hilfreiche Tipps & Quellen	25
Tipps zur Hilfe bei der Steuerung von Diabetes	26
Telefonnummern & Webseiten	27

Die Informationen in dieser Broschüre beschreiben das Medicare-Programm zu der Zeit, zu der die Broschüre gedruckt wurde. Veränderungen können nach dem Druck auftreten. Besuchen Sie Medicare.gov oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um die aktuellsten Informationen zu erhalten. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.



Einführung

Diese Broschüre erklärt Medicare-Deckung von Diabetisbedarfsmaterialien und -Dienstleistungen im ursprünglichen Medicare (Original Medicare) und mit Medicare-Deckung für verschreibungspflichtige Medikamente (Teil D).

Das ursprüngliche Medicare ist Einzelleistungsvergütung (fee-for-service coverage). Die Regierung bezahlt Ihre Gesundheitsdienstleister direkt für Leistungen der Medicare Teil A (Krankenhausversicherung) und/oder Teil B (Krankenversicherung).

Wenn Sie andere Versicherung haben, die Original Medicare supplementiert, wie z. B. eine Medicare-Zusatzkrankenversicherungspolice (Medicare Supplement Insurance (Mediap) policy), könnte diese für einige der Kosten der Dienstleistungen bezahlen, die in dieser Broschüre beschrieben sind. Kontaktieren Sie Ihren Leistungs-Administrator, um mehr Informationen zu erhalten.

Wenn Sie einen Medicare Advantage Plan (wie einen HMO oder PPO) oder einen anderen Medicare-Krankenversicherungsplan haben, muss der Plan Ihnen wenigstens die gleiche Deckung geben wie das Original Medicare, aber er könnte verschiedene Regeln haben. Ihr(e) Kosten, Rechte, Schutz und Auswahlmöglichkeiten bezüglich wo Sie Gesundheitsfürsorge erhalten, könnten verschieden sein, wenn Sie an einem dieser Pläne teilnehmen. Sie könnten auch zusätzliche Leistungen erhalten. Lesen Sie Ihre Planmaterialien oder kontaktieren Sie Ihren Plan, um weitere Informationen zu erhalten.

Es kann hilfreich sein, diese Begriffe zu verstehen, wenn Sie diese Broschüre lesen.

Mitversicherung: Dies ist ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für Dienstleistungen bezahlen müssen, nachdem Sie jeglichen Selbstbehalt bezahlt haben. Die Mitversicherung ist ein prozentualer Betrag (z. B. 20%).

Zuzahlung: Ein Betrag, den Sie möglicherweise als Ihren Anteil der Kosten für eine medizinische Dienstleistung oder medizinischen Bedarf bezahlen müssen, wie z. B. einen Arztbesuch, einen ambulanten Krankenhausbesuch oder verschreibungspflichtige Medikamente. Ein Zuzahlung ist für gewöhnlich ein festgelegter Betrag anstatt eines Prozentsatzes. Z. B. könnten Sie \$10 oder \$20 für einen Arztbesuch oder Verschreibung bezahlen.

Selbstbehalt: Dies ist der Betrag, den Sie für Gesundheitsfürsorge oder Verschreibungen bezahlen müssen, bevor Original Medicare, Ihr Plan für verschreibungspflichtige Medikamente oder Ihre andere Versicherung anfängt zu bezahlen.

Der von Medicare bewilligte Betrag: Für das Original Medicare ist dies der Betrag, der einem Arzt oder Anbieter bezahlt werden kann, welcher Zuweisung akzeptiert. Dieser könnte geringer als der eigentliche Betrag sein, der vom Arzt oder Anbieter berechnet wird. Medicare bezahlt einen Teil dieses Betrags und Sie sind verantwortlich für den Rest.

1 Medicare-Deckung für Diabetes auf einen Blick

Die Graphik auf Seiten 6-8 ist ein kurzer Überblick über einige der Diabetes-Dienstleistungen und Bedarfsmaterialien, die von Medicare Teil B (Krankenversicherung) und Medicare Teil D (Medicare-Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente). Im Allgemeinen deckt Medicare Teil B die Dienstleistungen, die Personen betreffen könnten, die Diabetes haben. Teil B deckt auch einige Dienstleistungen für Personen, die ein Risiko von Diabetes haben. Sie müssen Teil B haben, um Dienstleistungen und Bedarfsmaterialien unter Teil B gedeckt haben zu müssen. Teil D deckt Diabetesbedarfsmaterialien zum Injizieren oder Inhalieren von Insulin. Sie müssen an einem Medicare-Medikamentenplan teilnehmen, damit Ihre Bedarfsmaterialien von Teil D gedeckt sind.

Sie können auch die Seite [Medicare.gov/what-medicare-covers](https://www.medicare.gov/what-medicare-covers) besuchen, um die Angaben des Diagramms anzusehen.

Bedarfsmaterial/ Dienstleistung	Was gedeckt wird	Was Sie bezahlen
Antidiabetika siehe Seite 16	Teil D deckt Antidiabetika zur Aufrechterhaltung des Blutzuckers (Glukose).	Mitversicherung oder Zuzahlung Teil D-Selbstbehalt könnte auch anwendbar sein
Screening für Diabetes siehe Seite 18	Teil B deckt diese Screenings, wenn Ihr Arzt feststellt, dass Sie ein Risiko für Diabetes haben. Sie könnten zu bis zu 2 Screenings pro Jahr berechtigt sein.	Kein(e) Mitversicherung, Zuzahlung oder Teil B-Selbstbehalt. Im Allgemeinen 20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt den Arztbesuch
Medicare Diabetes Präventionsprogramm Siehe Seiten 18-19.	Teil D deckt einmal im Leben ein Programm zur Änderung des Gesundheitsverhalten, um Sie bei der Prävention von Diabetes zu unterstützen.	Keine Kosten für diese Dienstleistungen, falls Sie anspruchsberechtigt sind.
Schulung für Diabetes-Selbstmanagement siehe Seiten 19-22	Teil B deckt eine ambulante Diabetes-Selbstmanagementschulung, um Ihnen beizubringen, wie Sie Ihre Diabetes meistern und damit fertig werden. Dafür müssen Sie Diabetes haben sowie eine schriftliche Anordnung Ihres Arztes oder eines sonstigen Gesundheitsdienstleisters, der Ihre Diabetes behandelt.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt
Diabetesausrüstung & -Bedarfsmaterialien siehe Seite 10	Teil B deckt bei Bedarf Blutzucker- oder Glukoste-Testmonitore und Infusionspumpen, zur Verabreichung von Insulin und ähnlicher Bedarfsmaterialien sowie Zubehör für diese Ausrüstung, einschließlich Teststreifen, Lanzetten, Glukose-Sensoren, Schläuche und Insulin	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt
Diabetesbedarfsmaterialien siehe Seite 16	Teil D deckt bestimmte medizinische Bedarfsmaterialien zur Verabreichung von Insulin, einschließlich Spritzen, Nadeln, Alkoholtupfer, Gaze und Geräte für inhaliertes Insulin.	Mitversicherung oder Zuzahlung Teil D-Selbstbehalt könnte auch anwendbar sein

Bedarfsmaterial/ Dienstleistung	Was gedeckt wird	Was Sie bezahlen
<p>Gripeschutz- & Pneumokokkenimpfungen siehe Seite 24</p>	<p>Gripeschutzimpfung - Um dem Influenza- oder Grippevirus vorzubeugen. Teil B deckt dies normalerweise nur einmal pro Grippesaison im Herbst oder Winter.</p> <p>Pneumokokkenimpfung - Teil B deckt diese Impfung, um Pneumokokkeninfektionen (wie z. B. bestimmten Arten von Pneumonie) vorzubeugen.</p>	<p>Kein(e) Mitversicherung, Zuzahlung oder Teil B-Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert.</p>
<p>Fußuntersuchungen & -behandlung siehe Seite 23</p>	<p>Teil B deckt eine Fußuntersuchung alle 6 Monate für Personen mit diabetischer peripherer Neuropathie und Verlust der Schutzempfindung, so lange sie in der Zeit zwischen den Besuchen keinen Fußpflegefachmann aus einem anderen Grund besucht haben.</p>	<p>20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt</p>
<p>Glaukom-Tests siehe Seite 23</p>	<p>Teil B deckt diese einmal alle 12 Monate für Personen, bei denen eine Hohe Gefährdung durch Glaukome besteht. Die Tests müssen von einem Augenarzt mit einer Zulassung im Bundesstaat durchgeführt werden.</p>	<p>20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt</p>
<p>Insulin siehe Seite 16</p>	<p>Teil D deckt Insulin, welches nicht mit einer Insulinpumpe verabreicht wird.</p>	<p>Mitversicherung oder Zuzahlung Teil D-Selbstbehalt könnte auch anwendbar sein</p>

Bedarfsmaterial/ Dienstleistung	Was gedeckt wird	Was Sie bezahlen
Insulinpumpen siehe Seite 13	Teil B deckt externe, langlebige Insulinpumpen und das Insulin, welches das Gerät benutzt, im Rahmen der langlebige medizinische Ausrüstung-Beihilfe, falls Sie bestimmte Bedingungen erfüllen.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt.
Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen (Medical nutrition therapy services) siehe Seite 22-23	Teil B könnte medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen und bestimmte Dienstleistungen decken, wenn Sie Diabetes oder eine Nierenerkrankung haben. Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister muss Sie für Ernährungstherapiedienstleistungen überweisen.	Kein(e) Zuzahlung, Mitversicherung oder Teil B-Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert.
Therapeutische Schuhe oder Einlagen siehe Seite 13	Teil B deckt therapeutische Schuhe oder Einlagen für Personen mit Diabetes, die schweres Diabetisches Fußsyndrom haben.	20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt
Vorbeugender Besuch "Willkommen bei Medicare" („Welcome to Medicare“) siehe Seite 24	Medicare deckt während der ersten 12 Monate, die Sie Teil B haben, eine einmalige Überprüfung Ihrer Gesundheit und die Schulung und Beratung zu vorbeugenden Dienstleistungen ab, einschließlich bestimmter Screenings, Impfungen und Überweisungen für andere Gesundheitsdienstleistungen, falls diese nötig sind.	Kein(e) Zuzahlung, Mitversicherung oder Teil B-Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert.
Jährlicher „Wellness“-Besuch siehe Seite 24	Wenn Sie Teil B für länger als 12 Monate hatten, sind Sie zu einem jährlichen Wellness-Arztbesuch berechtigt, um Ihren personalisierten Präventionsplan, basierend auf Ihren gegenwärtigen Gesundheits- und Risikofaktoren, zu entwickeln oder zu aktualisieren.	Kein(e) Zuzahlung, Mitversicherung oder Teil B Selbstbehalt, wenn Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister Zuweisung akzeptiert. Falls Sie einen „Willkommen bei Medicare“ (“Welcome to Medicare”)-Besuch hatten, werden Sie 12 Monate warten müssen, bevor sie Ihren ersten jährlichen „Wellness“-Besuch machen können.

ABSCHNITT

2 Von Medicare Teil B gedeckter Diabetesbedarfsmaterialien

Dieser Abschnitt gibt Ihnen Informationen über Medicare Teil B (Krankenversicherung) und deren Deckung von Diabetesbedarfsmaterialien. Medicare deckt bestimmte Bedarfsmaterialien, wenn Sie Diabetes und Teil B haben. Diese gedeckten Bedarfsmaterialien umfassen:

- Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien. Siehe Seiten 10–12.
- Insulinpumpen. siehe Seite 13.
- Therapeutische Schuhe oder Einlagen. Siehe Seiten 13–14.

Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien

Blutzucker-Selbsttestausrüstung und -bedarfsmaterialien sind als langlebige medizinische Ausrüstung für alle Personen mit Medicare Teil B gedeckt, die Diabetes haben, selbst wenn Sie nicht Insulin benutzen.

Selbsttestbedarfsmaterialien umfassen:

- Blutzuckermessgeräte
- Blutzuckerteststreifen
- Lanzettiergeräte und Lanzetten
- Blutzucker-Kontrolllösungen zur Überprüfung der Genauigkeit der Testausrüstung und Teststreifen

Teil B deckt die gleiche Art an Blutzuckertestbedarfsmaterialien für Personen mit Diabetes, egal ob diese Insulin benutzen oder nicht. Dennoch variiert die Menge an Bedarfsmaterialien, die gedeckt sind.

Wenn Ihr Arzt sagt, dass es medizinisch notwendig ist, **wird Ihnen Medicare erlauben, zusätzliche Teststreifen und Lanzetten zu beziehen.** „Medizinisch notwendig“ bedeutet, dass Dienstleistungen oder Bedarfsmaterialien benötigt werden, um Ihre Krankheit zu diagnostizieren oder zu behandeln und Standards der medizinischen Praxis einzuhalten. Sie können Aufzeichnungen machen müssen, die zeigen, wie oft Sie sich eigentlich testen.

Medicare deckt auch therapeutische kontinuierliche Glukosemessgeräte (CGMs), die für die Verwendung anstelle von Blutzuckermessgeräten, zum Treffen von Behandlungsentscheidungen (wie z.B. Ernährungsumstellungen und Insulindosierung) zugelassen sind, sowie zugehörige Bedarfsmaterialien. Falls Sie Insulin benutzen und regelmäßige Anpassungen Ihrer Insulin-Verabreichung/-Dosierung benötigen, könnte ein Blutzuckermessgerät zur kontinuierlichen Messung (continuous glucose monitor, CGM) gedeckt sein, falls Ihr Arzt feststellt, dass Sie alle Erfordernisse für Medicare-Deckung erfüllen, einschließlich der Notwendigkeit Ihren Blutzucker regelmäßig testen zu müssen (vier oder fünf Mal pro Tag) und der Notwendigkeit eine Insulinpumpe benutzen oder drei oder mehr Insulininjektionen pro Tag erhalten zu müssen.

Wenn Sie Fragen bezüglich Diabetesbedarfsmaterialien haben, rufen Sie 1-800-Medicare (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien (fortgesetzt)

Was benötige ich von meinem Arzt, um diese gedeckten Bedarfsmaterialien zu beziehen?

Medicare wird Ihre Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien nur decken, wenn Sie eine Verschreibung von Ihrem Arzt haben. Die Verschreibung sollte das Folgenden umfassen:

- Ob Sie Diabetes haben.
- Welche Art von Blutzuckermessgerät Sie benötigen und warum Sie es benötigen. (Wenn Sie wegen Sehproblemen ein spezielles Messgerät benötigen, muss Ihr Arzt dies erklären.)
- Ob Sie Insulin benutzen.
- Wie oft Sie Ihren Blutzucker testen sollten.
- Wie viele Teststreifen und Lanzetten Sie für einen Monat benötigen.

Woher kann ich diese Bedarfsmaterialien beziehen?

- Sie können Ihre Bedarfsmaterialien bei Ihrer Apotheke bestellen und abholen.
- Sie können Ihre Bedarfsmaterialien von einem Anbieter medizinischer Ausrüstung bestellen. Im Allgemeinen ist ein „Anbieter“ ein Unternehmen, eine Person oder eine Agentur, die Ihnen einen Artikel oder eine Dienstleistung bereitstellt, es sei denn, Sie sind stationär in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung mit geschultem Personal untergebracht. Wenn Sie Ihre Bedarfsmaterialien auf diese Art beziehen, müssen Sie die Bestellung selbst aufgeben. Sie werden eine Verschreibung von Ihrem Arzt benötigen, um Ihre Bestellung aufzugeben, aber Ihr Arzt kann die Bedarfsmaterialien nicht für Sie bestellen.

Denken Sie an das Folgende:

- Sie müssen um Wiederholungsrezepte für Ihre Bedarfsmaterialien bitten.
- Sie benötigen alle 12 Monate eine neue Verschreibung für Lanzetten und Teststreifen von Ihrem Arzt.

Hinweis: Medicare bezahlt nicht für jegliche Bedarfsmaterialien, um die Sie nicht gebeten haben oder für jegliche Bedarfsmaterialien, die Ihnen automatisch von Anbietern zugeschickt wurden, einschließlich Blutzuckermessgeräten, Teststreifen und Lanzetten. Wenn Sie Bedarfsmaterialien automatisch zugeschickt bekommen, irreführende Werbung erhalten oder Betrug in Bezug auf Ihre Diabetesbedarfsmaterialien vermuten, rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Sie müssen Bedarfsmaterialien von einer Apotheke oder einem Anbieter beziehen, welche(r) bei Medicare teilnimmt. Wenn Sie zu einer Apotheke oder einem Anbieter gehen, die/der bei Medicare nicht teilnimmt, wird Medicare nicht bezahlen. **Sie werden die gesamte Rechnung für jegliche Bedarfsmaterialien von nicht teilnehmenden Apotheken oder nicht teilnehmenden Anbietern selbst bezahlen müssen.**

Blutzucker-Selbsttestausrüstung & -bedarfsmaterialien (fortgesetzt)

Wie werden Ansprüche bezahlt?

Alle an Medicare teilnehmenden Apotheken und Anbieter müssen Anträge auf Blutzuckermessgeräte, Teststreifen und sonstige Artikel, die gemäß der „langlebige medizinische Ausrüstung-Leistungen“ gedeckt sind, einreichen. Sie können keinen Anspruch für ein Blutzuckermessgerät oder Teststreifen selbst einreichen.

Sie sollten ebenfalls sicherstellen, dass die Apotheke oder der Anbieter Zuweisung für durch Medicare gedeckte Bedarfsmaterialien akzeptiert. **Dies könnte Ihnen Geld sparen.** Wenn eine Apotheke oder ein Anbieter Zuweisung akzeptiert, wird Medicare die Apotheke oder den Anbieter direkt bezahlen.

Sie zahlen nicht mehr als Ihren Versicherungsbetrag, wenn Sie Ihre Bedarfsmaterialien von einer Apotheke oder einem Anbieter erhalten, welche(r) den Auftrag übernimmt. Wenn Ihre Apotheke oder Ihr Anbieter Zuweisung **nicht** akzeptiert, könnten die Kosten höher sein und Sie könnten mehr bezahlen müssen. Sie könnten auch die gesamten Kosten zur Zeit der Dienstleistung bezahlen und dann darauf warten müssen, dass Medicare Ihnen ihren Anteil der Kosten schickt.

Welchen Anbieter oder welche Apotheke sollte ich benutzen?

Bevor Sie Bedarfsmaterialien beziehen, ist es wichtig, dass Sie den Anbieter oder die Apotheke diese Fragen stellen:

- Nehmen Sie bei Medicare teil?
- Akzeptieren Sie Zuweisung?

Wenn die Antwort auf eine der 2 Fragen „nein“ ist, sollten Sie einen anderen Anbieter oder eine andere Apotheke in Ihrer Gegend anrufen, die mit „ja“ antwortet, um sicherzustellen, dass Ihr Kauf von Medicare gedeckt wird und Ihnen Geld spart.

Wenn Sie in Ihrer Gegend keinen Anbieter oder keine Apotheke finden können, die bei Medicare teilnimmt und Zuweisung akzeptiert, sollten Sie wahrscheinlich Ihre Bedarfsmaterialien auf dem Postweg bestellen. Dies könnte Ihnen auch Geld sparen.

Um in Ihrer Gegend einen Anbieter zu finden, der an Medicare teilnimmt, besuchen Sie [Medicare.gov/supplier](https://www.medicare.gov/supplier). Oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Insulinpumpen

Insulinpumpen, die ausserhalb des Körpers (extern) getragen werden, einschließlich des mit der Pumpe benutzen Insulins, könnten für einige Personen mit Medicare Teil B gedeckt werden, die Diabetes haben und bestimmte Bedingungen erfüllen. Bestimmte Insulinpumpen werden als langlebige medizinische Ausrüstung angesehen. „Langlebige medizinische Ausrüstung“ ist bestimmte medizinische Ausrüstung, die von Ihrem Arzt zur Benutzung zu Hause angeordnet wird.

Wie erhalten ich eine Insulinpumpe?

Wenn Sie eine Insulinpumpe benötigen, wird Ihr Arzt sie Ihnen verschreiben.

Hinweis: Im Original Medicare bezahlen Sie 20 % des von Medicare bewilligten Betrags nach dem jährlichen Teil B-Selbstbehalt. Medicare wird 80 % der Kosten des Insulins und der Insulinpumpe bezahlen. Für mehr Informationen über langlebige medizinische Ausrüstung und Diabetesbedarfsmaterialien, besuchen Sie Medicare.gov oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Therapeutische Schuhe oder Einlagen

Wenn Sie Teil B haben, an Diabetes leiden und bestimmte Bedingungen erfüllen (siehe Seite 14), wird Medicare therapeutische Schuhe decken, falls Sie sie brauchen.

Die Arten von Schuhen, die jedes Jahr gedeckt werden umfassen **einen** der Folgenden:

- Ein Paar Schuhe mit tiefem Fußbett und 3 Paar Einlagen
- Ein Paar kundenspezifisch geformte Schuhe (inklusive Einlagen), falls Sie wegen einer Fußdeformität keine Schuhe mit tiefem Fußbett tragen können und 2 zusätzliche Paar Einlagen

Hinweis: In bestimmten Fällen könnte Medicare auch gesonderte Einlagen- oder Schuhmodifikationen anstelle von Einlagen decken.

Therapeutische Schuhe oder Einlagen (fortgesetzt)

Wie erhalten ich therapeutische Schuhe?

Damit Medicare für Ihre therapeutischen Schuhe bezahlt, muss der Arzt, der Ihre Diabetes behandelt bestätigen, dass Sie diese 3 Bedingungen erfüllen:

1. Sie haben Diabetes.
2. Sie haben wenigstens eines dieser Leiden an einem oder beiden Füßen:
 - Teilweise oder vollständige Fußamputation
 - Fußulcera in der Vergangenheit
 - Schwielen, die zu Fußulcera führen können
 - Nervenschäden wegen Diabetes mit Zeichen von Problemen mit Schwielen
 - Schlechter Blutzirkulation
 - Einen deformierten Fuß
3. Dass Sie entsprechend eines umfassenden Diabetesbehandlungsplans behandelt werden und wegen Diabetes therapeutische Schuhe und/oder Einlagen benötigen.

Medicare erfordert ebenfalls:

- Dass ein Podologe oder qualifizierter Arzt die Schuhe verschreibt
- Dass ein Arzt oder eine andere qualifizierte Person, wie z. B. ein orthopädischer Schuhmacher, Bandagist oder Prothetiker die Schuhe anpasst und bereitstellt

Ersatz für verloren gegangene(n) oder beschädigte(n) langlebige(n) medizinische(n) Ausrüstung oder Bedarfsmaterialien im Falle eines Unglücks oder Notfalls

Ich habe das Original Medicare

Wenn das Original Medicare schon für langlebige medizinische Ausrüstung (wie z. B. einen Rollstuhl oder einen Rollator) oder Bedarfsmaterialien (wie z. B. Diabetesbedarfsmaterialien) bezahlt hat und diese durch einen Notfall oder ein Unglück beschädigt werden oder verloren gehen:

- In bestimmten Fällen wird Medicare die Kosten für Reparatur oder Ersatz Ihrer Ausrüstung oder Ihrer Bedarfsmaterialien decken
- Im Allgemeinen wird Medicare auch die Kosten von gemieteten Artikeln (wie z. B. Rollstühlen) decken, während der Zeit, in der Ihre Ausrüstung repariert wird

Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um mehr Informationen darüber zu erhalten, wie Ihre Ausrüstung oder Bedarfsmaterialien zu ersetzen sind. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Ich habe einen Medicare Advantage Plan oder anderen Medicare-Krankenversicherungsplan

Kontaktieren Sie Ihren Plan direkt, um herauszufinden wie er langlebige medizinische Ausrüstung ersetzt, die in einem Notfall oder Unglück beschädigt wurden oder verloren gingen.

3 Medicare Teil D-Diabetes-Deckung

Dieser Abschnitt gibt Ihnen Informationen über Medicare Teil D (Medicare-Versicherungsschutz für verschreibungspflichtige Medikamente) für Personen mit Medicare, Diabetes oder ein Risiko für Diabetes haben. Um Deckung für Medikamente durch Medicare zu erhalten, müssen Sie einem Medicare-Medikamentenplan beitreten.

Diese Diabetesmedikamente und Bedarfsmaterialien werden von Medicare-Medikamentenplänen gedeckt (auf Seite 16):

- Insulin.
- Antidiabetika.
- Bestimmte Diabetesbedarfsmaterialien.

Insulin

Medicare-Medikamentenpläne decken injizierbares Insulin, welches nicht mit einer Insulininfusionspumpe benutzt wird und inhalierbares Insulin.

Antidiabetika

Blutzucker, der nicht durch Insulin kontrolliert wird, wird von Antidiabetika reguliert. Medicare-Medikamentenpläne können Antidiabetika decken, wie z. B.:

- Sulfonylharnstoffe (wie Glipizid und Glyburid)
- Biguanid (wie Metformin)
- Thiazolidinedione, wie like Actos® (Pioglitazon), Avandia® (Rosiglitazon) und Rezulin® (Troglitazon)
- Meglitinide, welche eine Klasse von Antidiabetikamedikamenten sind, einschließlich Starlix® (Nateglinid) und Prandin® (Repaglinid)
- Alphaglukosidaseinhibitoren (wie Precose®)

Diabetesbedarfsmaterialien

Medizinische Bedarfsmaterialien, die zum Injizieren oder Inhalieren von Insulin benutzt werden, könnten für Personen mit Diabetes von Medicare Teil D gedeckt werden. Diese Bedarfsmaterialien umfassen:

- Spritzen
- Nadeln
- Alkoholtupfer
- Gaze
- Geräte zur Inhalation von Insulin

Für mehr Informationen

Um mehr Informationen über die Medikamentendeckung von Medicare zu erhalten, können Sie:

- Besuchen Sie [Medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d)
- Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.
- Rufen Sie Ihr bundesstaatliches Krankenversicherungshilfsprogramm (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) an. Um dessen Nummer zu erhalten, besuchen Sie [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE an.

Von Medicare gedeckte Diabetes-Screenings &-Dienstleistungen

4

Medicare Teil B deckt bestimmte Dienstleistungen, Screenings und Schulungen, um Sie dabei zu unterstützen, Diabetes zu verhindern, erkennen und zu behandeln. Medicare deckt ebenfalls präventive Dienstleistungen, um Ihnen dabei zu helfen, gesund zu bleiben.

Im Allgemeinen muss Ihr Arzt eine Verordnung oder eine Überweisung ausstellt, damit Sie diese Dienstleistungen erhalten können. Diese Dienstleistungen beinhalten:

- Screening für Diabetes. Siehe Seite 18.
- Medicare Diabetes-Präventionsprogramm. Siehe Seiten 18-19.
- Schulung für Diabetes-Selbstmanagement. Siehe Seiten 19–22.
- Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen. Siehe Seiten 22-23.
- Hämoglobin A1c-Tests. Siehe Seite 23.

Sie können einige der von Medicare gedeckten Dienstleistungen ohne eine schriftliche Verordnung oder Verschreibung erhalten. Diese Dienstleistungen umfassen:

- Fußuntersuchungen & -behandlung. Siehe Seite 23.
- Glaukom-Tests. Siehe Seite 23.
- Gripeschutz- & Pneumokokkenimpfungen. Siehe Seite 24.
- Vorbeugende Besuche (vorbeugender Besuch "Willkommen bei Medicare" und jährlicher „Wellness“-Besuch). Siehe Seite 24.

Screening für Diabetes

Medicare Teil B bezahlt für Diabetes-Screeningstests, wenn Sie ein Risiko für Diabetes haben. Diese Tests werden benutzt, um Diabetes frühzeitig zu erkennen. Sie könnten ein Risiko für Diabetes haben, wenn Sie eines der Folgenden haben:

- Hohen Blutdruck
- Dyslipidämie (Vorgeschichte abnormal hoher Cholesterin- und Triglyzeridspiegel)
- Fettleibigkeit (bei bestimmten Krankheiten)
- Verminderte Glukosetoleranz (Blutzuckertoleranz)
- Hohe Nüchternglucose (Nüchtern-Blutzucker)

Medicare könnte bis zu 2 Diabetes-Screeningtests in einem Zeitraum von 12 Monaten bezahlen. Nach dem eingänglichen Diabetes-Screeningtest wird Ihr Arzt feststellen, ob Sie einen zweiten Test benötigen. Medicare deckt diese Diabetes-Screeningtests:

- Nüchtern-Blutzuckertests
- Andere Tests, die von Medicare als angemessen anerkannt sind

Wenn Sie glauben, dass Sie ein Risiko für Diabetes haben, sprechen Sie mit Ihrem Arzt, um zu sehen, ob Sie diese Tests erhalten können.

Medicare Diabetes-Präventionsprogramm

Medicare Teil B deckt einmal im Leben ein Programm zur Änderung des Gesundheitsverhalten, um Sie bei der Prävention von Diabetes zu unterstützen. Das Programm beginnt mit 16 Kernsitzungen, die als Gruppensitzung über eine Dauer von 6 Monaten angeboten werden. In diesen Sitzungen erhalten Sie:

- Eine Schulung, um realistische, langanhaltende Verhaltensänderungen rund um Ernährung und Bewegung durchzuführen
- Tipps, wie Sie sich mehr bewegen können
- Strategien zur Kontrolle Ihres Gewichts
- Einen Coacht, der speziell geschult ist, um Sie dabei zu unterstützen, motiviert zu bleiben
- Unterstützung von Leuten mit ähnlichen Zielen und Herausforderungen

Nachdem Sie die Kernsitzungen abgeschlossen haben, erhalten Sie:

- 6 weitere Monate mit Nachfolge-Sitzungen, um Ihnen dabei zu helfen, gesunde Gewohnheiten beizubehalten
- Weitere 12 Monate kontinuierlicher Aufrechterhaltungs-Sitzungen, falls Sie während des ersten Jahres bestimmte Gewichtsabnahme- und Teilnahmeziele erfüllen

Medicare Diabetes-Präventionsprogramm (fortgesetzt)

Um in Frage zu kommen, müssen Sie Folgendes haben:

- Medicare Teil B
- Ein Hämoglobin A1c-Testergebnis zwischen 5,7 und 6,4 %, eine Nüchtern-Plasmaglukose von 110-125mg/dL, oder eine 2-Stunden-Plasmaglukose von 140-199 mg/dL (oraler Glukosetoleranz-Test) innerhalb 12 Monaten vor der Teilnahme an der ersten Kernsitzung
- Ein BMI von 25 oder mehr (BMI von 23 oder mehr, wenn Sie Asiate/Asiatin sind)
- Niemals mit Typ 1 oder Typ 2 Diabetes diagnostiziert worden sein
- Nicht kürzlich mit Nierenleiden im Endstadium (ESRD) diagnostiziert worden sein.
- Nie am Medicare Diabetes-Präventionsprogramm teilgenommen haben.

Sie bezahlen für diese Dienstleistungen nichts, falls Sie anspruchsberechtigt sind.

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement

Medicare deckt ambulante Diabetes-Selbstmanagement-Schulung, um Ihnen beizubringen, wie Sie Ihren Diabetes meistern und damit fertig werden. Das Programm kann Tipps für gesunde Ernährung, Aktivität, Überwachung des Blutzuckers, Einnahme von Medikamenten und Verringerung von Risiken beisteuern. Sie müssen Diabetes haben sowie eine schriftliche Anordnung Ihres Arztes oder sonstigen qualifizierten Gesundheitsdienstleisters, der Ihre Diabetes behandelt.

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement (fortgesetzt)

Medicare deckt ambulante Diabetes-Selbstmanagement-Schulung, um Ihnen beizubringen, wie Sie Ihren Diabetes meistern und damit fertig werden. Das Programm kann Tipps für gesunde Ernährung, Aktivität, Überwachung des Blutzuckers, Einnahme von Medikamenten und Verringerung von Risiken beisteuern. Sie müssen Diabetes haben sowie eine schriftliche Anordnung Ihres Arztes oder sonstigen qualifizierten Gesundheitsdienstleisters, der Ihre Diabetes behandelt.

Wie viel Schulung ist gedeckt?

Klassen für Schulung für Diabetes-Selbstmanagement werden von Fachkräften des Gesundheitswesens unterrichtet, die speziell für die Diabetes-Schulung ausgebildet sind. Bis zu 10 Stunden an eingänglicher Schulung und 2 Stunden Folgeschulung werden gedeckt, sollten Sie dies benötigen.

Die eingängliche Schulung muss innerhalb von nicht mehr als 12 Monaten nach dem Beginn der Schulung abgeschlossen werden. Die eingängliche Schulung umfasst eine Stunde individueller Schulung. Die anderen 9 Stunden eingänglicher Schulung werden als Gruppenschulung gelehrt.

Wichtig: Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister kann Ihnen bis zu 10 Stunden eingänglicher Schulung verschreiben, die Ihnen individuell und nicht in einer Gruppe gegeben wird, falls dies angemessen ist. Einige Indikationen für individuelle Schulung umfassen Seh- und Hörschädigungen, eine Sprach- oder Kommunikationsschwierigkeit oder Wahrnehmungseinschränkung. Zusätzlich dazu, falls innerhalb von 2 Monaten nach dem Verschreibungsdatum keine Gruppen verfügbar sind, wird individuelle Schulung ebenfalls gedeckt.

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement (fortgesetzt)

Bis zu 2 Stunden an Folgeschulung werden jedes Jahr nachdem Sie die eingängliche Schulung empfangen haben gedeckt, sollten Sie dies benötigen. Um zu Folgeschulung berechtigt zu sein, müssen Sie von Ihrem Arzt oder anderem Gesundheitsdienstleister eine schriftlichen Verordnung erhalten. Die Folgeschulung kann in einer Gruppe oder in Einzelschulung vorgenommen werden. Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister muss Ihnen diese Schulung verschreiben, damit Medicare sie bezahlt.

Hinweis: Schulung für Diabetes-Selbstmanagement ist in vielen föderal zugelassenen Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) erhältlich. Föderal zugelassene Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) stellen primäre Gesundheitspflegedienste und qualifizierte vorbeugende Gesundheitspflegedienste in medizinisch unterversorgten ländlichen und städtischen Gebieten bereit. Einige Arten von föderal zugelassenen Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) sind örtliche medizinische Versorgungszentren, Obdachlosengesundheitsprogramme, Zentren für primäre Gesundheitsversorgung für Bewohner von Sozialwohnungen und ambulante Gesundheitsprogramme/ Einrichtungen, die von einem Stamm oder einer Stammesorganisation oder städtischen Organisation amerikanischer Ureinwohner betrieben wird. Kein Teil B Selbstbehalt wird angewendet. Um weitere Informationen zu FQHCs zu erhalten, rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Texttelefo-Nutzer können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Telegesundheit (Telehealth): Falls sich Ihr Gesundheitsdienstleister in einem ländlichen Gebiet befindet, können Sie möglicherweise Diabetes-Selbstmanagement-Schulungsleistungen über telehealth von einem praktischen Arzt erhalten, wie einem eingetragenen Ernährungsberater, der sich an einem anderen Ort befindet. Telehealth-Leistungen sind nur für Patienten in bestimmten Arten von Gesundheitsfürsorge-Standorten in ländlichen Gebieten verfügbar. Fragen Sie daher bei Ihrem praktischen Arzt nach, um zu erfahren, ob ein Teil Ihrer Schulung über telehealth zur Verfügung gestellt werden kann. Für weitere Informationen zu Telehealth-Dienstleistungen, rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Was werde ich in dieser Schulung lernen?

Durch die Schulung für Diabetes-Selbstmanagement werden Sie lernen, wie Sie Ihre Diabetes erfolgreich steuern. Dies umfasst Informationen über Selbstpflege und Lebensstilveränderungen. Die erste Sitzung der Schulung für Diabetes-Selbstmanagement ist eine individuelle Einschätzung, die es den Schulungskräften ermöglicht, Ihre Bedürfnisse besser zu verstehen.

Die Schulung im Klassenraum wird Themen abdecken, wie z. B. die Folgenden:

- Allgemeine Informationen über Diabetes, die Vorteile von Blutzuckerkontrolle und die Risiken von schlechter Blutzuckerkontrolle
- Nahrung und wie Sie Ihre Ernährung steuern
- Optionen zur Steuerung und Verbesserung Ihrer Blutzuckerkontrolle

Schulung für Diabetes-Selbstmanagement (fortgesetzt)

- Bewegung und warum sie wichtig für Ihre Gesundheit ist
- Wie Sie Ihre Medikamente richtig einnehmen
- Testen des Blutzuckers und wie Sie diese Informationen benutzen, um die Steuerung Ihrer Diabetes zu verbessern
- Wie Sie akuten und chronischen Komplikationen Ihrer Diabetes vorbeugen und dies erkennen und behandeln
- Pflege der Füße, Haut und Zähne
- Wie Ernährung, Bewegung und Medikamente Ihren Blutzucker beeinflusst
- Veränderung von Verhaltensweisen, Zielsetzungen, Risikoverminderung und Problemlösungen
- Wie Sie sich emotional Ihrer Diabeteserkrankung anpassen
- Einbindung der und Unterstützung durch die Familie
- Die Nutzung des Gesundheitssystems und Gemeinschaftsressourcen

Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen

Zusätzlich zu Diabetes-Selbstmanagement-Schulungen sind auch medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen durch Medicare Teil B für Personen mit Diabetes oder Nierenerkrankungen gedeckt. Um zu dieser Dienstleistung berechtigt zu sein, muss Ihr Nüchtern-Blutzucker bestimmte Kriterien erfüllen. Ebenfalls muss Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister Ihnen diese Dienstleistungen verschreiben.

Ein staatlich anerkannter Ernährungsberater oder bestimmte Ernährungsfachleute können diese Dienstleistungen bereitstellen.

- Ernährungsberatung (welche Lebensmittel Sie essen können und wie Sie einen individualisierten Diabetes-Ernährungsplan befolgen)
- Wie Sie Lebensstilfaktoren steuern, die Ihre Diabetes beeinflussen

Erinnern Sie sich daran, dass Ihr Arzt oder anderer Gesundheitsdienstleister diese medizinische Ernährungstherapie jedes Jahr verschreiben muss, damit Medicare sie bezahlt.

Medizinische Ernährungstherapiedienstleistungen (fortgesetzt)

Hinweis: Medizinische Ernährungstherapie ist in vielen föderal zugelassenen Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) erhältlich. Föderal zugelassene Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) stellen primäre Gesundheitspflegedienste und qualifizierte vorbeugende Gesundheitspflegedienste in medizinisch unterversorgten ländlichen und städtischen Gebieten bereit. Einige Arten von föderal zugelassenen Gesundheitszentren (Federally Qualified Health Centers, FQHCs) sind örtliche medizinische Versorgungszentren, Obdachlosengesundheitsprogramme, Zentren für primäre Gesundheitsversorgung für Bewohner von Sozialwohnungen und ambulante Gesundheitsprogramme/ Einrichtungen, die von einem Stamm oder einer Stammesorganisation oder städtischen Organisation amerikanischer Ureinwohner betrieben wird. Es gilt kein Teil B-Selbstbehalt. Um weitere Informationen zu FQHCs zu erhalten, rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen können die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Telegesundheit (Telehealth): Falls sich Ihr Gesundheitsdienstleister in einem ländlichen Gebiet befindet, sind sie möglicherweise anspruchsberechtigt, Ernährungstherapiedienstleistungen über telehealth von einem praktischen Arzt, wie einem eingetragenen Ernährungsberater oder sonstigen Ernährungsfachmann zu erhalten, der sich an einem anderen Ort befindet. Telehealth-Dienstleistungen sind nur für Patienten an bestimmten Gesundheitsdienstleistungsstandorten in ländlichen Gebieten erhältlich, überprüfen Sie also mit Ihrem Anbieter, ob einige dieser Dienstleistungen über Telehealth bereitgestellt werden können.

Fußuntersuchungen & -behandlung

Wenn Sie mit Diabetes zusammenhängende Nervenschäden in einem Ihrer Füße haben, wird Medicare alle 6 Monate eine Fußuntersuchung durch einen Podologen oder anderen Fußpflegespezialisten decken, es sei denn, dass Sie während der vergangenen 6 Monate einen anderen Fußpflegespezialisten aufgesucht haben. Erinnern Sie sich daran, dass in der Behandlung Ihres Hausarztes oder Diabetesspezialisten sein müssen, wenn Sie Fußpflege erhalten.

Hämoglobin A1c-Tests

Ein Hämoglobin A1c-Test misst, wie gut Ihr Blutzucker über die letzten 3 Monate gesteuert wurde. Wenn Sie Diabetes haben, wird dieser Test gedeckt, wenn er vom Arzt verordnet wird.

Glaukom-Tests

Medicare Teil B bezahlt dafür, wenn Sie Ihre Augen alle 12 Monate auf Glaukome überprüfen zu lassen, wenn Sie ein Risiko haben. Sie werden als Hochrisiko für ein Glaukom betrachtet, wenn Sie Diabetes oder einen familiären Hintergrund für ein Glaukom haben oder Sie Afroamerikaner und 50 Jahre oder älter sind oder, wenn Sie Hispanoamerikaner und 65 Jahre oder älter sind. Dieser Test muss von einem Augenarzt durchgeführt oder überwacht werden, der für diese Dienstleistung in Ihrem Bundesstaat zugelassen ist.

Gripeschutz- und Pneumokokkenimpfungen

Teil B bezahlt für Sie für eine Gripeschutzimpfung pro Grippezeit im Herbst oder Winter. Teil B bezahlt auch eine Pneumokokkenimpfung- um bestimmten Pneumokokkeninfektionen (wie z. B. bestimmten Arten von Pneumonie) vorzubeugen. Teil B deckt eine andere, zweite Impfung 11 Monate nach der ersten Impfung. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder anderen Gesundheitsdienstleister, um herauszufinden, ob Sie diese Impfungen benötigen.

Vorbeugender Besuch "Willkommen bei Medicare" („Welcome to Medicare“)

Teil B deckt eine einmalige Überprüfung Ihrer Gesundheit sowie die Ausbildung und Beratung zu Präventiv-Dienstleistungen innerhalb der ersten 12 Monate, in denen Sie Teil B haben. Diese umfasst Informationen über bestimmte Screenings, Impfungen und Überweisungen für andere Gesundheitsdienstleistungen, falls diese nötig sind. Der vorbeugende Besuch "Willkommen bei Medicare" („Welcome to Medicare“) ist eine gute Gelegenheit, um mit Ihrem Arzt über vorbeugende Dienstleistungen zu sprechen, die Sie benötigen könnten, wie z. B. Diabetes-Screeningtests.

Jährlicher „Wellness“-Besuch

Wenn Sie Teil B für länger als 12 Monate hatten, können Sie einen jährlichen „Wellness“-Besuch erhalten, um Ihren personalisierten Präventionsplan zu entwickeln oder zu aktualisieren, basierend auf Ihren gegenwärtigen Gesundheits- und Risikofaktoren. Dies umfasst:

- Eine Überprüfung Ihrer Krankengeschichte und Familienanamnese
- Eine Liste der gegenwärtigen Gesundheitsdienstleister und verschreibungspflichtigen Medikamente
- Ihr(e) Größe, Gewicht, Blutdruck und andere routinemäßige Messungen
- Einen Screening-Zeitplan für angemessene vorbeugende Dienstleistungen
- Eine Liste von Risikofaktoren und Behandlungsoptionen für Sie

Bedarfsmaterialien & Dienstleistungen, die nicht von Medicare gedeckt werden

Das Original Medicare und Medicare-Medikamentenpläne decken nicht alles. Zum Beispiel werden diese Bedarfsmaterialien und Dienstleistungen nicht gedeckt:

- Augengläser und Untersuchungen für Augengläser (Refraktion genannt), außer nach Kataraktoperationen
- Orthopädische Schuhe (Schuhe für Personen, deren Füße beeinträchtigt aber intakt sind)
- Kosmetische Chirurgie

Hilfreiche Tipps & Quellen

5

Mehr Informationen sind verfügbar, um Ihnen dabei zu helfen, Gesundheitsfürsorgeauswahlen und -entscheidungen zu treffen, die Ihren Bedürfnissen entsprechen.

Um mehr Informationen über Medicare-Deckung von Diabetesbedarfsmaterialien und Dienstleistungen zu erhalten, besuchen Sie [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) oder rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-877-486-2048 anrufen.

Tipps zur Hilfe bei der Steuerung von Diabetes

Sie können Vieles tun, um dabei zu helfen, Ihre Diabetes zu kontrollieren. Hier folgen einige hilfreiche Tipps, die Ihnen dabei helfen, gesund zu bleiben:

Essen Sie richtig

- Sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber, was Sie essen, wie viel Sie essen und wann Sie essen. Ihr Arzt, Ihre Diabetes-Schulungskraft oder anderer Gesundheitsdienstleister kann einen gesunden Ernährungsplan entwickeln, der richtig für Sie ist.
- Sprechen Sie auch mit Ihrem Arzt darüber, wie viel Sie wiegen sollten. Ihr Arzt kann mit Ihnen über die verschiedenen Wege sprechen, die Ihnen dabei helfen, Ihre Gewichtsziel zu erreichen.

Nehmen Sie Medizin wie angewiesen ein

- Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wenn Sie irgendwelche Probleme haben.

Bewegen Sie sich

- Seien Sie an den meisten Tagen für insgesamt 30 Minuten aktiv. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber, welche Aktivitäten Ihnen beim aktiv bleiben helfen.

Überprüfen Sie die folgenden Dinge

- Überprüfen Sie Ihren Blutzucker (Glukose) so oft, wie Ihr Arzt dies rät. Sie sollten diese Informationen in einem Logbuch aufzeichnen. Zeigen Sie Ihre Aufzeichnungen Ihrem Arzt.
- Überprüfen Sie Ihre Füße auf Schnittwunden, Blasen, wund Stellen, Rötung oder schmerzende Zehennägel. Es ist sehr wichtig Ihre Füße gesund zu erhalten, um ernsthafte Fußprobleme zu vermeiden.
- Überprüfen Sie häufig Ihren Blutdruck.
- Lassen Sie Ihren Arzt Ihre Cholesterin überprüfen.
- Wenn Sie Rauchen, sprechen Sie auch mit Ihrem Arzt darüber, wie aufhören können. Medicare deckt Raucherentwöhnung (Beratung, um mit dem Rauchen aufzuhören), wenn sie von Ihrem Arzt verordnet wird.

Die Nutzung dieser Tipps kann Ihnen bei der Steuerung Ihrer Diabetes helfen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Ihrer Diabetes-Schulungskraft oder anderen Gesundheitsdienstleistern über Ihre Behandlung, die Tests, die Sie erhalten sollten und darüber, was Sie tun können, um dabei zu helfen, Ihre Diabetes zu steuern. Sie sollten mit Ihrem Arzt auch über Behandlungsoptionen sprechen. Sie und Ihr Arzt können entscheiden, was für Sie am besten ist. Sie können auch mehr herausfinden, indem Sie die Organisationen auf den nächsten zwei Seiten kontaktieren.

Telefonnummern & Webseiten

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS)

cdc.gov/diabetes

1-800-232-4636

(Anfragen und Publikationen)

CDC Division of Diabetes Translation

1600 Clifton Road

Atlanta, Georgia 30333

Healthfinder

healthfinder.gov

Indian Health Service

1-505-256-6716

Division of Diabetes Treatment & Prevention

4101 Indian School Road NE, Ste 225

Albuquerque, New Mexico 87110

Telefonnummern & Webseiten (fortgesetzt)

National Diabetes Education Program (NDEP)

ndep.nih.gov
1-800-860-8747

National Diabetes Education Program
9000 Rockville Pike
Bethesda, Maryland 20892

National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases (NIDDK) of the National Institutes of Health (NIH), DHHS

niddk.nih.gov
niddk.nih.gov/health-information/diabetes
1-800-860-8747 (Clearinghouse)

CMS - Zugängliche Kommunikationen

Um sicherzustellen, dass Personen mit Behinderungen die gleichen Möglichkeiten zur Teilnahme an unseren Dienstleistungen, Aktivitäten, Programmen und sonstigen Leistungen haben, stellen wir Kommunikationen in zugänglichen Formaten zur Verfügung. CMS stellt kostenlose zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen zur Verfügung, einschließlich Informationen in zugänglichen Formaten, wie Braille, Großdruck, Daten-/Audiodateien, Breitbanddienste und Texttelefonie-Kommunikationen. Falls Sie Informationen in einem zugänglichen Format von CMS anfordern, werden Sie keinen Nachteil durch zusätzliche Dauer haben, die zur Bereitstellung notwendig ist. Das bedeutet, Sie erhalten zusätzliche Zeit, um eine Maßnahme zu ergreifen, falls es eine Verzögerung bei der Erfüllung Ihrer Anfrage gibt.

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

1. **Rufen Sie uns an:** Bezüglich Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048.
2. **Senden Sie uns eine E-Mail an:** altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **Schicken Sie uns ein Fax:** 1-844-530-3676.
4. **Schicken Sie uns einen Brief:**

Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

Ihre Anfrage sollte Ihren Namen, Ihre Telefonnummer, die Art der von Ihnen benötigten Informationen (falls bekannt) sowie die Postanschrift, an die wir die Materialien schicken sollen, enthalten. Möglicherweise kontaktieren wir Sie, um weitere Informationen zu erhalten.

Hinweis: Wenn Sie an einem Medicare Vorteilsplan oder Medicare Verschreibungspflichtige Medikamente-Plan teilnehmen, kontaktieren Sie Ihren Plan, um die zugehörigen Informationen in einem zugänglichen Format zu erhalten. Für Medicaid kontaktieren Sie Ihre bundesstaatliche oder lokale Medicare-Behörde.

Nichtdiskriminierungshinweis

CMS schließt auf Basis von Rasse, Hautfarbe, Nationalität, Behinderung, Geschlecht oder Alter niemanden von der Aufnahme in, Teilnahme an, oder dem Empfang von Leistungen oder Vergünstigungen entsprechend aller seiner Programme und Aktivitäten aus, gleichgültig ob diese direkt von CMS oder durch einen Vertragnehmer oder jede andere Organisation durchgeführt werden, mit dem/der CMS die Ausführung seiner Programme und Aktivitäten vereinbart hat.

Sie können CMS auf jedem der in dieser Mitteilung enthaltenen Wege kontaktieren, falls Sie Bedenken bezüglich des Erhalts der Informationen in einem Format, das Sie verwenden können, haben.

Sie können auch eine Beschwerde einreichen, wenn Sie denken, Sie wurden in einem CMS-Programm oder einer CMS-Aktivität diskriminiert, einschließlich der Feststellung von Problemen beim Erhalt von Informationen in einem zugänglichen Format von einem Medicare Vorteilsplan, Medicare Verschreibungspflichtige Medikamente-Plan, einer bundesstaatlichen oder lokalen Medicaid-Behörde oder Marketplace Qualifizierten Gesundheitsplänen. Es gibt drei Möglichkeiten, eine Beschwerde beim US-Gesundheits- und Sozialministerium, Bürgerrechtsbehörde, einzureichen:

1. **Online:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.
2. **Per Telefon:** Rufen Sie 1-800-368-1019 an. Texttelefon-Nutzer können die Nummer 1-800-537-7697 anrufen.
3. **Schriftlich:** Schicken Sie Informationen über Ihre Beschwerde an:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and 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 Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Amtliche Angelegenheit
Strafe für private Benutzung, \$300

CMS Product No. 11022-German
Revised December 2019

Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs

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

