Couverture Medicare de Diabetes Supplies, Services, & Prévention Programmes

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

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

Medicare.gov

Medicare

Table des matières

1 **Section 1:** Les bases

5 **Section 2:** Couverture Medicare pour les fournitures et l'équipement pour le diabète

9 **Section 3:** Couverture Medicare pour les médicaments contre le diabète

11 **Section 4:** Couverture Medicare pour les services et la prévention du diabète programs

17 **Section 5:** Plus d'informations

19 **Section 6:** Définitions

Section 1:

Les bases

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

Original Medicare comprend la partie A (assurance hospitalisation) et la partie B (assurance médicale). Si vous avez Original Medicare, vous pouvez adhérer à un régime d'assurance-médicaments Medicare distinct pour obtenir la partie D.

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

Votre couverture en un coup d'œil

Le tableau des pages suivantes vous donne un résumé de certaines des fournitures et des services liés au diabète couverts par les parties B et D.

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

Fourniture ou service	Ce que couvre Medicare	Ce que vous payez
Médicaments contre le diabète Aller à la page 10.	La partie D couvre la plupart des médicaments contre le diabète pour maintenir la glycémie (sucre). Dans certains cas, la partie B peut couvrir l'insuline.	**Coinsurance** ou **ticket modérateur**. Partie D **franchise** peut également s'appliquer.
Dépistages du diabète Aller à la page 12.	La partie B couvre ces dépistages si votre médecin détermine que vous êtes à risque de diabète. Vous pourrez peut-être obtenir jusqu'à 2 dépistages du diabète chaque année si vous êtes admissible.	Rien si votre fournisseur de soins de santé accepte **assignment**.
Programme de prévention du diabète de l'assurance-maladie Allez aux pages 12-13.	La partie B couvre un programme de changement de comportement en matière de santé pour vous aider à prévenir le diabète, une fois dans votre vie.	Rien si vous êtes admissible.
Formation à l'autogestion du diabète Aller aux pages 13-14.	La partie B couvre cette formation si vous avez reçu un diagnostic de diabète et que vous souhaitez apprendre à gérer votre maladie. Pour obtenir cette formation, vous devez avoir une ordonnance écrite de votre médecin ou d'un autre fournisseur de soins de santé.	20 % du **Medicare-approved amount** après avoir atteint la franchise de la partie B.
Diabète et équipement Aller à la page 6.	La partie B couvre les glucomètres et les fournitures connexes (comme les bandelettes de test et les lancettes), les glucomètres en continu et les pompes à insuline durables. Il peut y avoir des limites à la quantité ou à la fréquence à laquelle vous obtenez ces fournitures.	20 % du montant approuvé par Medicare après avoir satisfait à la franchise de la partie B. 35 $ (ou moins) pour un approvisionnement d'un mois d'insuline si vous utilisez une pompe à insuline couverte par la prestation **durable équipement médical** de Medicare. Le La franchise de la partie B ne s'applique pas.

Fourniture ou service	Ce que couvre Medicare	Ce que vous payez
Voiture à piede Aller à la page 15.	La partie B couvre les examens ou le traitement des pieds tous les 6 mois si vous avez des lésions au bas de la jambe liées au diabète qui peuvent augmenter le risque de perte de membre, tant que vous n'avez pas vu un professionnel des soins des pieds pour une autre raison entre les visites.	20 % du **Medicare-approved amount** après avoir satisfait à la partie B **franchise**.
Dépistages du glaucome Aller à la page 15.	La partie B couvre ces dépistages pour vérifier votre vision et la santé de votre nerf optique afin de rechercher des signes de glaucome, une maladie oculaire. Vous pouvez en obtenir un tous les 12 mois si vous présentez un risque élevé de glaucome. Pour que Medicare couvre ces dépistages, un ophtalmologiste Qui est légalement autorisé à faire des tests de glaucome dans votre état doit faire ou superviser le dépistage.	20% of the Medicare-approved amount after you meet the Part B deductible.
Insuline Aller à la page 10.	La partie B couvre l'insuline si vous utilisez une pompe à insuline couverte par la prestation d'équipement médical durable de la partie B. La partie D couvre: • Insuline injectable qui n'est pas utilisée avec une pompe à insuline traditionnelle. • Insuline utilisée avec une pompe à insuline jetable. • Insuline inhalée.	35 $ (ou moins) pour un approvisionnement d'un mois d'insuline en vertu de la Part B et de la partie D. Le La franchise de la partie B ne s'applique pas.
Fournitures liées à l'insuline Aller à la page 10.	La partie D couvre certaines fournitures médicales utilisées pour les injections d'insuline (comme les seringues, les aiguilles, les tampons imbibés d'alcool, la gaze). Certains plans Medicare Part D peuvent également couvrir les dispositifs de pompe jetables qui délivrent de l'insuline.	**Coinsurance** ou **ticket modérateur**. Une franchise de la partie D peut également s'appliquer.
Injections (ou vaccins) Aller aux pages 15-16.	Si vous souffrez de diabète, vous avez un risque plus élevé risque de complications de certaines maladies. Pour réduire votre risque d'infections : • La partie B couvre les vaccins contre la grippe, le pneumocoque, l'hépatite B et la COVID-19. • La partie D couvre tous les vaccins que le Comité consultatif sur les pratiques dimmunisation (ACIP) recommande, y compris le zona (herpès zoster), le virus respiratoire syncytial (VRS) et d'autres vaccins.	Rien pour la partie B vaccines si votre médecin ou fournisseur de soins de santé accepte **devoir**. Rien pour les vaccins de la partie D si l'ACIP les recommande.

Fourniture ou service	Ce que couvre Medicare	Ce que vous payez
Tests d'hémoglobine A1C Aller à la page 15.	Ces tests de laboratoire mesurent la façon dont votre glycémie (sucre) a été contrôlée au cours des 3 derniers mois. Si vous êtes diabétique, la partie B couvre ce test si votre médecin vous le prescrit.	Rien pour les tests de laboratoire de diagnostic clinique couverts par Medicare.
Services médicaux de nutrition thérapie Aller aux pages 14–15.	La partie B peut couvrir ces services si vous souffrez de diabète ou d'une maladie rénale. Un médecin doit vous référer pour ces services. Seul un diététicien ou un professionnel de la nutrition qui répond à certaines exigences peut fournir ces services.	Rien si vous êtes admissible.
Chaussures ou inserts therapeutiques Aller à la page 8.	La partie B couvre les chaussures ou les inserts thérapeutiques si vous souffrez de diabète et d'une maladie grave du pied liée au diabète.	20 % du **Montant approuvé par Medicare-** après avoir atteint la franchise de la partie B .
Visite préventive « Bienvenue à Medicare » Aller à la page 16.	Au cours des 12 premiers mois que vous avez la partie B, Medicare couvre une visite préventive unique « Bienvenue à Medicare ». Cette visite n'est pas un examen physique, c'est une visite pour examiner votre santé, vous donner de l'éducation et des conseils sur les services préventifs (y compris certains dépistages et injections) et obtenir des références pour d'autres soins, si nécessaire.	Rien si votre médecin ou fournisseur de soins de santé accepte **assignment**. La franchise de la partie B ne s'applique pas. Vous devrez peut-être payer a **coassurance**, et le Une franchise de la partie B peut s'appliquer si votre fournisseur effectue des tests ou des services supplémentaires pendant votre visite que Medicare ne couvre pas dans le cadre de cette visite préventive.
ouily Visite « Bien-être » Aller à la page 16.	Si vous avez déjà eu la partie B pendant plus de 12 mois, Medicare couvre une visite annuelle de «bien-être». Cette visite n'est pas un examen physique, mais une visite visant à élaborer ou à mettre à jour votre plan personnalisé pour aider à prévenir la maladie et l'invalidité, en fonction de votre état de santé actuel et de vos facteurs de risque.	Rien si votre médecin ou votre fournisseur de soins de santé accepte la mission. La franchise de la partie B ne s'applique pas. Vous devrez peut-être payer une coassurance, et la franchise de la partie B peut s'appliquer si votre fournisseur effectue des tests ou des services supplémentaires pendant votre visite que Medicare ne couvre pas dans le cadre de cette visite préventive.

Section 2:

Couverture Medicare pour les fournitures et l'équipement pour le diabète

Cette section vous donne des informations sur les fournitures et l'équipement couverts par la partie B (assurance médicale).

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

Équipement et fournitures de mesure de la glycémie

La partie B couvre l'équipement et les fournitures d'autodépistage de la glycémie en tant que **durable équipement médical**, y compris :

- Appareils de mesure de la glycémie
- Bandelettes de test de glycémie
- Lancettes et porte-lancettes
- Solutions de contrôle de la glycémie (pour vérifier la précision des bandelettes de test et du moniteur)

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

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

Remarque : Si votre médecin dit que c'est médicalement nécessaire et que vous répondez à d'autres exigences, **Medicare vous permettra d'obtenir des bandelettes de test et des lancettes supplémentaires**. Vous devrez peut-être tenir un registre qui indique la fréquence à laquelle vous vous testez réellement.

Moniteurs de glucose en continu

Les glucomètres en continu suivent votre taux de sucre dans le sang grâce à un appareil fixé à votre corps. Si vous êtes diabétique, la partie B peut couvrir un glucomètre en continu et les fournitures connexes si votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé vous les prescrit et que vous remplissez les conditions suivantes :

- Vous prenez de l'insuline ou avez des antécédents de problèmes d'hypoglycémie.
- Votre fournisseur de soins de santé a décidé que vous ou votre aidant avez reçu une formation suffisante pour utiliser un glucomètre en continu.

Avant que votre fournisseur ne vous prescrive un glucomètre en continu, il doit vous rencontrer pour évaluer votre état et décider si vous êtes admissible à un glucomètre. Si vous le faites, vous devez effectuer des visites de télésanté de routine en personne ou approuvées par Medicare avec votre médecin.

Pompes à insuline

Si vous utilisez une pompe à insuline portée à l'extérieur du corps (externe) qui n'est pas jetable, la partie B peut couvrir l'insuline utilisée avec la pompe et la pompe elle-même en tant qu'équipement médical durable. Si vous vivez dans certaines régions du pays, vous devrez peut-être utiliser des fournisseurs de pompes à insuline spécifiques pour Medicare afin de payer une pompe à insuline durable.

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

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

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

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

Où puis-je me procurer ces fournitures?

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

Quelle pharmacie ou quel fournisseur devrais-je utiliser ?

Assurez-vous d'obtenir vos fournitures auprès d'une pharmacie ou d'un fournisseur inscrit à Medicare. S'ils participent à Medicare, ils doivent accepter **l'affectation**. Cela signifie que :

- Vos frais remboursables peuvent être moins élevés.
- Ils acceptent de ne vous facturer que le montant de la **franchise** et de la **coassurance** de l'assurance-maladie et attendent généralement que l'assurance-maladie paie sa part avant de vous demander de payer votre part.
- Ils doivent soumettre votre demande directement à Medicare et ne peuvent pas vous facturer pour la soumission de la réclamation.

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

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

Pour trouver un fournisseur inscrit à Medicare, visitez **Medicare.gov/medical-equipment-suppliers**, ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS peuvent appeler 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

Chaussures ou semelles thérapeutiques

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

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

Note: Dans certains cas, Medicare peut également couvrir des inserts séparés ou des modifications de chaussures au lieu d'inserts.

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

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

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

Medicare exige également que:

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

Section 3:

Couverture Medicare pour les médicaments contre le diabète

Cette section vous donne des informations sur les médicaments contre le diabète couverts par la couverture des médicaments Medicare (partie D) ou un plan Medicare Advantage avec couverture des médicaments. La couverture des médicaments Medicare couvre les médicaments contre le diabète, y compris l'insuline et les fournitures liées à votre insuline.

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

Médicaments contre le diabète

Medicare Part D peut couvrir une variété de médicaments contre le diabète. Vérifiez auprès de votre régime pour savoir quels médicaments ils couvrent.

Insuline

La partie B couvre l'insuline si vous utilisez une pompe à insuline couverte par l'avantage **durable équipement médical** de la partie B. La partie B couvre les pompes à insuline durables portées à l'extérieur du corps (externes), y compris l'insuline utilisée avec la pompe.

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

- Insuline injectable qui n'est pas utilisée avec une pompe à insuline traditionnelle
- Insuline utilisée avec une pompe à insuline jetable
- Insuline à inhaler

Le coût d'un approvisionnement d'un mois de chaque insuline couverte par les parties B et D ne dépasse pas 35 $, et vous n'avez pas à payer de **franchise** pour votre insuline. Cela s'applique à tous ceux qui prennent de l'insuline, même si vous obtenez une aide supplémentaire (un programme Medicare pour aider les personnes ayant des revenus et des ressources limités à payer les primes, les franchises, la **coassurance** et d'autres coûts).

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

Fournitures liées à l'insuline

Si vous avez un plan de la partie D, les fournitures que vous utilisez pour injecter de l'insuline à votre corps sont couvertes, comme :

- Tampons d'alcool
- Aiguilles
- Gaze
- Seringues

Certains plans Medicare Part D peuvent également couvrir les dispositifs de pompe jetables qui délivrent de l'insuline.

La partie B ne couvre pas les stylos à insuline ni les fournitures liées à l'insuline, comme les seringues, les aiguilles, les tampons imbibés d'alcool ou la gaze.

Section 4:

Couverture Medicare pour les services et les programmes de prévention du diabète

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

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

Dépistages du diabète

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

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

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

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

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

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

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

Programme de prévention du diabète de Medicare

La partie B couvre un programme de changement de comportement en matière de santé pour vous aider à prévenir le diabète de type 2, une fois dans votre vie. Le programme commence par 16 séances de groupe hebdomadaires dirigées par des entraîneurs dans un cadre de groupe sur une période de six mois. Au cours de ces sessions, vous obtiendrez :

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

Vous pouvez choisir d'assister aux sessions en personne, virtuellement ou les deux. Une fois que vous aurez terminé les séances de base, vous aurez droit à 6 séances de suivi mensuelles pour vous aider à maintenir de saines habitudes de vie.

Pour être admissible, vous devez avoir :

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

Visitez **Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program** pour trouver des programmes dans votre région.

Formation à l'autogestion du diabète

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

Combien de formation est couverte?

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

Important : Votre fournisseur peut prescrire jusqu'à 10 heures de formation individuelle, plutôt que des séances de groupe. Vous pouvez recevoir une formation individuelle si vous avez une basse vision, une déficience auditive, une difficulté de langage ou d'autres difficultés de communication, ou des limitations cognitives. Medicare couvre également la formation individuelle si aucun groupe n'est disponible dans les 2 mois suivant la date de l'ordre.

Où puis-je obtenir cette formation ?

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

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

Télésanté: Jusqu'au 30 septembre 2025, vous pouvez suivre une formation sur l'autogestion du diabète à n'importe quel endroit aux États-Unis, y compris à votre domicile. À partir du 1er octobre 2025, vous devez vous trouver dans un bureau ou un établissement médical situé dans une zone rurale (aux États-Unis) pour obtenir cette formation par télésanté.

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

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

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

Services de thérapie nutritionnelle médicale

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

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

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

Télésanté: Jusqu'au 30 septembre 2025, vous pouvez obtenir des services de thérapie nutritionnelle médicale à n'importe quel endroit aux États-Unis grâce à la télésanté. À compter du 1er octobre 2025, vous devez vous trouver dans un bureau ou un établissement médical situé dans une zone rurale (aux États-Unis) pour obtenir des services de thérapie nutritionnelle médicale auprès d'un diététicien ou d'un autre professionnel de la nutrition par le biais de la télésanté.

Soins des pieds

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

Tests d'hémoglobine A1C

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

Dépistages du glaucome

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

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

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

Injections (ou vaccins)

Si vous souffrez de diabète, vous avez un risque plus élevé de complications de certaines maladies. Il est important de rester à jour avec les vaccinations recommandées pour réduire votre risque d'infection.

La partie B couvre:

- Flu shots
- Vaccins contre la COVID-19
- Vaccins contre l'hépatite B
- Injections contre le pneumocoque

La partie D couvre tous les vaccins recommandés par le Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation (ACIP), y compris la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), le virus respiratoire syncytial (VRS), le zona (zona), le dcaT, etc.

Discutez avec votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé pour savoir quels vaccins vous conviennent.

Visite préventive « Bienvenue à Medicare »

Au cours des 12 premiers mois de votre participation à la partie B, vous pouvez obtenir une visite préventive « Bienvenue à Medicare ». Au cours de la visite, vous et votre médecin ou un autre fournisseur de soins de santé parlerez de choses comme vos antécédents médicaux et sociaux liés à votre santé, l'éducation et les conseils sur les services préventifs (comme les dépistages et les injections ou les vaccins) et les références pour d'autres soins dont vous pourriez avoir besoin. **La visite préventive « Bienvenue à Medicare » n'est pas un examen physique**.

isite annuelle « Bien-être »

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

Medicare couvre cette visite une fois tous les 12 mois, et elle comprend :

- Un examen de vos antécédents médicaux et familiaux
- Un examen de vos ordonnances actuelles
- Votre taille, votre poids, votre tension artérielle et d'autres mesures de routine
- Un examen des services préventifs
- Vos facteurs de risque et vos options de traitement
- Un questionnaire d'évaluation des risques pour les déterminants sociaux de la santé afin de comprendre vos besoins sociaux et de vous orienter vers les services et le soutien appropriés.
- Une évaluation cognitive pour rechercher des signes de démence, y compris la maladie d'Alzheimer

Fournitures et services que Medicare ne couvre pas

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

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

Section 5:

Plus d'informations

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

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

- Visitez **Medicare.gov/coverage**.
- Composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Les utilisateurs d'ATS peuvent composer le 1-877-486-2048.
- Appelez votre programme d'assistance à l'assurance maladie local (SHIP) pour obtenir des conseils gratuits et personnalisés en matière d'assurance maladie. Pour trouver votre SHIP local, rendez-vous sur **shiphelp.org**.

Sites web et numéros de téléphone

Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC)

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

Rendez-vous sur **CDC.gov/diabetes**
Appelez le 1-800-232-4636

Programme national de prévention du diabète

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

Visitez **CDC.gov/diabetes-prevention**

Trouver un centre de santé

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

Visitez **findahealthcenter.hrsa.gov**

Service de santé indien (IHS)

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

Rendez-vous sur **IHS.gov/diabetes**

MyHealthfinder

L'outil MyHealthfinder vous donne des recommandations personnalisées pour des services de soins de santé préventifs en fonction de votre âge et de votre sexe. Vous pouvez également trouver des informations sur la santé concernant le diabète.

Visitez **odphp.health.gov/myhealthfinder/health-conditions/diabetes**

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

SHIP offre aux personnes bénéficiant de Medicare, à leurs familles et à leurs soignants des conseils gratuits et personnalisés en matière d'assurance maladie.

Visitez **shiphelp.org**
Composez le 1-800-860-8747

Section 6:

Définitions

Affectation : Un accord de votre médecin, fournisseur ou prestataire pour être payé directement par Medicare, pour accepter le montant du paiement approuvé par Medicare pour le service, et pour ne pas vous facturer plus que la franchise Medicare et tout montant de coassurance ou de quote-part applicable.

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

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

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

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

Montant approuvé par Medicare : Le montant du paiement que Original Medicare fixe pour un service ou un article couvert. Lorsque votre fournisseur accepte la cession, Medicare paie sa part et vous payez votre part de ce montant.

CMS Communications accessibles

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

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

1. **Appelez-nous :**
   Pour Medicare : 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ATS : 1-877-486-2048
   Pour Marketplace : 1-800-318-2596 ATS : 1-855-889-4325
2. **Courriel nous :** altformatrequest@cms.hhs.gov
3. **Envoyez-nous un fax :** 1-844-530-3676
4. **Envoyez-nous une lettre :**
   Centers for Medicare & Medicaid Services
   Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
   7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
   Baltimore, MD 21244-1850
   Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

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

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

Non-discrimination Avis

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

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

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

1. **En ligne:**
   HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html
2. **Par téléphone :**
   Composez le 1-800-368-1019.
   Les utilisateurs de TTY peuvent appeler 1-800-537-7697.
3. **Par écrit :** Envoyez des informations sur votre plainte à :
   Office for Civil Rights
   U.S. Department of Health & Human Services
   200 Independence Avenue, SW
   Room 509F, HHH Building
   Washington, D.C. 20201

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Affaires officielles
Amende pour usage privé, 300 $

Besoin d'un exemplaire de ce livret en espagnol ?

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

Esta publicación está disponible en español. Pour obtenir une copie gratuite, visitez **Medicare.gov** ou appelez le 1-800-MEDICARE.

Medicare

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

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

Ce produit a été fabriqué aux frais des contribuables américains.

CMS Product No. 11022 • 7/2025