

W trosce o zdrowie

usługi profilaktyczne
Medicare

[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)



Medicare

O tej broszurze

Usługi profilaktyczne to usługi opieki zdrowotnej, które pomagają zapobiegać lub wykrywać problemy zdrowotne na wczesnym etapie i zachować zdrowie. Niniejsza broszura opisuje usługi profilaktyczne, które obejmuje Original Medicare. Ubezpieczenie Original Medicare zawiera Część A (Ubezpieczenie szpitalne) i Część B (Ubezpieczenie medyczne). Porozmawiaj ze swoim lekarzem lub innym pracownikiem służby zdrowia, aby dowiedzieć się, które usługi profilaktyczne są dla Ciebie odpowiednie i jak często ich potrzebujesz.

Ile zapłacisz

Jeśli masz Część B, nie zapłacisz nic za wiele świadczeń profilaktycznych, jeśli udziela ich lekarz lub inny wykwalifikowany świadczeniodawca usług zdrowotnych, który akceptuje takie zlecenia. Zlecenie to zgoda Twojego lekarza, świadczeniodawcy lub dostawcy na zapłatę bezpośrednio przez Medicare, na otrzymanie płatności w wysokości, jaką Medicare zatwierdził za tę usługę, oraz nieobciążanie Cię kwotami wyższymi niż kwota podlegająca odliczeniu w ramach Medicare oraz wszelkie obowiązujące kwoty współubezpieczenia lub współpłatności.

Jeśli masz Medicare Advantage lub inny plan zdrowotny Medicare, niektóre plany mogą nie pobierać odliczeń, współpłatności lub współubezpieczenia za niektóre usługi profilaktyczne objęte Medicare, świadczone w ramach sieci. Skontaktuj się bezpośrednio z administratorem planu lub świadczeń, aby dowiedzieć się więcej o kosztach i zakresie usług profilaktycznych. Informacje kontaktowe dotyczące planu można znaleźć zazwyczaj na karcie członkowskiej planu. Aby uzyskać więcej informacji na temat planów zdrowotnych Medicare, odwiedź stronę [Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/health-plans).



Usługi profilaktyczne pokrywane przez Medicare

W tej sekcji wymieniono w porządku alfabetycznym usługi profilaktyczne objęte ubezpieczeniem Medicare.

Aby dowiedzieć się, czy Medicare obejmuje usługę lub test dla mężczyzn, kobiet, czy zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet, poszukaj jednego z tych symboli obok każdej usługi profilaktycznej:

Tylko dla
mężczyzn



Tylko dla
kobiet



Mężczyźni i
kobiety





Badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej

Badania przesiewowe tętniaka aorty brzusznej sprawdzają, czy nie ma tętniaków (wybrzuszeń w naczyniach krwionośnych) w okolicy brzucha. Medicare pokrywa badanie ultrasonograficzne tętniaka aorty brzusznej raz w życiu, jeśli jesteś w grupie ryzyka i otrzymasz skierowanie od lekarza lub innego pracownika służby zdrowia. Uznaje się, że występuje u Ciebie ryzyko, jeśli ktoś w Twojej rodzinie miał tętniaka aorty brzusznej lub jeśli jesteś mężczyzną w wieku 65-75 lat i wypaliłeś w życiu co najmniej 100 papierosów.



Badania przesiewowe i poradnictwo w zakresie nadużywania alkoholu

Badania przesiewowe w kierunku nadużywania alkoholu zawierają pytania dotyczące spożywania alkoholu. Medicare pokrywa jedno badanie przesiewowe w kierunku nadużywania alkoholu każdego roku dla osób dorosłych, które spożywają alkohol, ale nie spełniają kryteriów medycznych uzależnienia od alkoholu. Jeśli Twój lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub inny dostawca usług medycznych stwierdzi, że nadużywasz alkoholu, możesz skorzystać z maksymalnie 4 krótkich, osobistych sesji doradczych rocznie (o ile w trakcie sesji jesteś w stanie funkcjonować i zachowujesz świadomość). Tę poradę musisz uzyskać w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (np. w gabinecie lekarskim).



Pomiary masy kostnej

Pomiar masy kostnej może pomóc ustalić, czy jesteś narażony(-a) na ryzyko złamania kości. Medicare pokrywa koszt tych badań raz na 24 miesiące (lub częściej, jeśli są takie wskazania lekarskie) w przypadku określonych osób zagrożonych osteoporozą.



Terapia behawioralna układu krążenia

Terapia behawioralna układu krążenia pomaga obniżyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych (stanów, które wpływają na serce i naczynia krwionośne). Medicare pokrywa jedną wizytę w ramach terapii behawioralnej układu krążenia każdego roku u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (np. w gabinecie). Podczas terapii lekarz pierwszego kontaktu może omówić stosowanie aspiryny, sprawdzić ciśnienie krwi i udzielić wskazówek dotyczących diety i ćwiczeń.



Badania przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia

Badania przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia sprawdzają, czy nie występują problemy z sercem i naczyniami krwionośnymi oraz czy jesteś zagrożony/-a chorobami serca. Medicare pokrywa koszt takich badań przesiewowych raz na 5 lat. Badania przesiewowe obejmują testy krwi pod kątem poziomu cholesterolu, lipidów i trójglicerydów, które pomagają wykryć stany mogące prowadzić do zawału serca lub udaru.



Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy i pochwy

Medicare pokrywa koszty badań cytologicznych i badań miednicy w celu wykrywania raka szyjki macicy i raka pochwy. W ramach badania miednicy Medicare pokrywa również koszt klinicznego badania piersi w celu wykrycia raka piersi. Większość kobiet korzystających z Medicare może korzystać z tych testów i badań raz na 24 miesiące. Jeśli jesteś w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy lub pochwy lub jesteś w wieku rozrodczym i miałaś nieprawidłowy wynik badania cytologicznego w ciągu ostatnich 36 miesięcy, możesz wykonywać te badania przesiewowe raz na 12 miesięcy. Medicare pokrywa również koszt testów na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) (jako część badań cytologicznych) raz na 5 lat, jeżeli masz 30-65 lat i nie masz objawów zakażenia HPV.



Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego pomagają znaleźć polipy przedrakowe (narośla w okrężnicy) lub wcześniej wykryć raka jelita grubego, kiedy leczenie jest najskuteczniejsze. Jeśli masz 45 lat lub więcej lub jesteś w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, Medicare pokrywa koszty jednego lub więcej z tych badań przesiewowych:

- kolonoskopia,
- Badanie krwi pod kątem biomarkerów,
- tomografia komputerowa (CT), kolonografia,
- badania pod kątem krwi utajonej w kale,
- elastyczna sigmoidoskopia,
- wielopunktowe badania DNA kału.

To, jak często Medicare płaci za te badania, zależy od ich rodzaju i od Twojego poziomu ryzyka zachorowania na raka jelita grubego.



Poradnictwo w celu zapobiegania używaniu tytoniu i chorobom wywołanym przez tytoń

Medicare pokrywa koszty poradnictwamającego pomóc rzucić palenie lub używanie tytoniu. Jeśli używasz tytoniu, możesz skorzystać z maksymalnie 8 sesji doradczych w ciągu 12 miesięcy.



Szczepionki przeciwko COVID-19

Szczepionki te pomagają zmniejszyć ryzyko zachorowania na COVID-19, współpracując z naturalnymi mechanizmami obronnymi organizmu, aby bezpiecznie rozwinąć odporność (ochronę) przed wirusem. Medicare pokrywa zatwierdzone i autoryzowane przez FDA szczepionki COVID-19 dla wszystkich osób z Medicare.



Badania przesiewowe w kierunku depresji

Medicare pokrywa raz na rok koszt jednego badania przesiewowego w kierunku depresji u wszystkich osób objętych ubezpieczeniem Medicare. Podczas badania przesiewowego lekarz lub inny pracownik służby zdrowia zada Ci serię pytań, aby dowiedzieć się, czy masz depresję. Musisz przeprowadzić badanie przesiewowe w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (np. w gabinecie lekarskim), gdzie możesz uzyskać dalsze leczenie i/lub skierowania do specjalisty ds. zdrowia psychicznego.

Jeśli Ty lub ktoś, kogo znasz, zмага się z problemami lub znajduje się w kryzysie, zadzwoń lub wyślij SMS-a pod numer 988, bezpłatną i poufną linię ratunkową dla osób w stanach kryzysowych i zagrożonych samobójstwem. Możesz zadzwonić i porozmawiać z przeszkolonym doradcą kryzysowym 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Możesz również połączyć się z doradcą za pośrednictwem czatu internetowego pod adresem 988lifeline.org. Zadzwoń pod numer 911, jeśli znajdziesz się w nagłym kryzysie medycznym.



Badania przesiewowe pod kątem cukrzycy

Medicare pokrywa koszt badania laboratoryjnego stężenia glukozy (cukru) we krwi (na czczo lub nie), jeśli lekarz lub inny pracownik służby zdrowia stwierdzi, że jesteś w grupie ryzyka zachorowania na cukrzycę. Uważa się, że jesteś osobą zagrożoną, jeśli masz wysokie ciśnienie krwi, występujące w przeszłości nieprawidłowe poziomy cholesterolu i trójglicerydów, otyłość lub stwierdzony w przeszłości wysoki poziom cukru we krwi.

Możesz również należeć do grupy ryzyka, jeśli dotyczą Cię 2 lub więcej z tych okoliczności:

- masz co najmniej 65 lat;
- masz nadwagę;
- w Twojej rodzinie występowała cukrzyca (rodzice lub rodzeństwo);
- masz cukrzycę ciążowych (cukrzycę w czasie ciąży) w wywiadzie lub urodziłaś dziecko ważące ponad 9 funtów



Szkolenia na temat samodzielnego kontrolowania cukrzycy

Jeśli zdiagnozowano u Ciebie cukrzycę, Medicare pokrywa koszty ambulatoryjnego szkolenia w zakresie samokontroli cukrzycy, aby pomóc Ci w radzeniu sobie z chorobą. Twój program może zawierać wskazówki dotyczące zdrowego odżywiania i aktywności życiowej, monitorowania poziomu glukozy (cukru) we krwi, przyjmowania leków na receptę i ograniczania zagrożeń. Aby skorzystać z tego szkolenia, musisz uzyskać pisemne zlecenie od swojego lekarza lub innego świadczeniodawcy usług medycznych.



Szczepienia przeciw grypie

Szczepionki przeciw grypie mogą uchronić Cię przed zachorowaniem z powodu wirusów grypy sezonowej jesienią i zimą. Medicare zazwyczaj pokrywa koszt jednego takiego szczepienia w trakcie każdego sezonu grypowego.



Badania przesiewowe w kierunku jaskry

Badania przesiewowe w kierunku jaskry bezboleśnie sprawdzają wzrok i zdrowie nerwu wzrokowego, aby znaleźć oznaki jaskry – choroby oczu. Medicare pokrywa koszt tego badania przesiewowego raz na 12 miesięcy, jeśli istnieje u Ciebie wysokie ryzyko rozwoju jaskry.



Szczepienia przeciwko zapaleniu wątroby typu B

Szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B pomagają chronić przed wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV). Medicare pokrywa koszty tych szczepień, jeśli spełniasz co najmniej jeden z następujących warunków: nigdy nie otrzymałeś/-aś pełnej serii szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, nie znasz swojej historii szczepień lub masz inny stan lub sytuację, która wystawia Cię na średnie lub wysokie ryzyko zapalenia wątroby typu B.



Badania przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV)

Badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV pomagają dowiedzieć się, czy jesteś zakażony wirusem HBV. Medicare pokrywa koszty tych badań przesiewowych, jeśli lekarz lub inny pracownik służby zdrowia zleci takie badanie, a pacjentka jest w grupie wysokiego ryzyka zakażenia HBV lub jest w ciąży. Medicare pokrywa koszty tego badania przesiewowego każdego roku, jeśli jesteś w ciągłym stanie wysokiego ryzyka i nie otrzymasz zastrzyku przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Jeśli jesteś w ciąży, Medicare pokrywa koszty tego badania przesiewowego, nawet jeśli wcześniej otrzymałaś szczepionkę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B lub miałaś negatywne wyniki badań przesiewowych przeciwko HBV, w czasie Twojej pierwszej wizyty prenatalnej i w czasie porodu (jeśli masz nowy lub utrzymujący się czynnik ryzyka zakażenia HBV).



Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C

Te badania przesiewowe pomagają dowiedzieć się, czy jesteś zarażony/-a wirusem zapalenia wątroby typu C. Medicare pokrywa koszty badań przesiewowych w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C, jeśli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub inny pracownik służby zdrowia zleci takie badanie, a Ty spełniasz określone warunki. Medicare płaci za badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C:

- Co roku, jeśli jesteś w grupie wysokiego ryzyka z racji tego, że od czasu poprzedniego negatywnego wyniku testu przesiewowego na zapalenie wątroby typu C nadal używasz nielegalnych narkotyków poprzez iniekcje.
- Raz, jeśli jesteś w grupie wysokiego ryzyka z racji tego, że:
 - przed rokiem 1992 przeszedłeś/przeszłaś transfuzję krwi;
 - w przeszłości zażywałeś/-aś nielegalne narkotyki poprzez iniekcję.
- Raz, jeśli urodziłeś/-aś się w latach 1945-1965 i nie jesteś uważany/-a za osobę wysokiego ryzyka.



Badania przesiewowe w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV)

Badania przesiewowe w kierunku HIV sprawdzają, czy zostałeś/-aś zarażony/-a wirusem HIV. Medicare pokrywa koszty badań przesiewowych w kierunku HIV raz w roku, jeśli jesteś w wieku od 15 do 65 lat albo masz poniżej 15 lat lub powyżej 65 lat i masz zwiększone ryzyko zakażenia wirusem HIV. Jeśli jesteś w ciąży, Medicare pokrywa koszty badań przesiewowych do 3 razy w czasie ciąży.



Badania przesiewowe w kierunku raka płuc

Badania przesiewowe w kierunku raka płuc sprawdzają wczesne objawy raka płuc u dorosłych, którzy są narażeni na ryzyko zachorowania. Medicare pokrywa te badania przesiewowe tomografią komputerową o niskiej dawce raz w roku, jeśli spełniasz wszystkie te warunki:

- Jesteś w wieku od 50 do 77 lat.
- Nie masz oznak ani objawów raka płuc (jesteś bezobjawowy/-a).
- Masz historię palenia tytoniu przez co najmniej 20 “paczko-lat” (średnio jedna paczka [20 papierosów] dziennie przez 20 lat).
- Palisz obecnie albo rzuciłeś/-aś palenie w ciągu ostatnich 15 lat.
- Otrzymasz zalecenie od swojego lekarza lub innego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej.



Mammografia

Mammografia sprawdza, czy nie masz raka piersi. Każda kobieta jest w grupie ryzyka, a ryzyko to wzrasta wraz z wiekiem. Medicare pokrywa koszt przesiewowych mammografii co 12 miesięcy u kobiet w wieku 40 lat lub starszych. Medicare pokrywa koszty mammografii diagnostycznej częściej niż raz w roku, jeśli jest to konieczne z medycznego punktu widzenia. Jeśli jesteś kobietą w wieku od 35 do 39 lat, Medicare pokrywa również koszt jednokrotnej mammografii początkowej.



Usługi medycznej terapii żywieniowej

Medicare pokrywa usługi medycznej terapii żywieniowej, jeśli masz cukrzycę lub chorobę nerek, lub jeśli miałeś przeszczep nerki w ciągu ostatnich 36 miesięcy. Na te usługi musi skierować Cię lekarz. Usługi, z których korzystasz, mogą obejmować:

- początkową ocenę sposobu odżywiania i stylu życia;
- indywidualne i/lub grupowe usługi terapii żywieniowej;
- pomoc w zarządzaniu czynnikami codziennego życia, które mają wpływ na Twoją cukrzycę;
- wizyty kontrolne w celu sprawdzenia Twoich postępów



Program profilaktyki cukrzycy Medicare

Jeśli masz stan przedcukrzycowy i spełniasz inne kryteria, Medicare pokrywa koszt programu zmiany zachowań zdrowotnych, aby pomóc Ci w zapobieganiu cukrzycy typu 2. Możesz wziąć udział w programie profilaktyki cukrzycy Medicare raz w życiu. Program rozpoczyna się od 16 cotygodniowych sesji głównych, które odbywają się w grupie w okresie sześciu miesięcy. Po ukończeniu podstawowych sesji skorzystasz z 6 comiesięcznych sesji kontrolnych, które pomogą Ci utrzymać zdrowe nawyki.



Terapia behawioralna otyłości

Terapia behawioralna otyłości obejmuje wstępne badanie przesiewowe wskaźnika masy ciała (BMI) oraz sesje terapii behawioralnej, które obejmują ocenę diety i poradnictwo, które pomogą Ci schudnąć, koncentrując się na diecie i ćwiczeniach. Medicare pokrywa koszt badania przesiewowego w kierunku otyłości i poradnictwa behawioralnego, jeśli Twoje BMI wynosi 30 lub więcej. Twój lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub inny lekarz podstawowej opieki zdrowotnej musi udzielić porady w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (takiej jak gabinet lekarski), gdzie może skoordynować Twój spersonalizowany plan z pozostałą opieką.



Szczepienia przeciw pneumokokom

Medicare pokrywa koszty szczepionek przeciwko pneumokokom, które pomagają chronić przed różnymi szczepami bakterii wywołujących zapalenie płuc. Porozmawiaj ze swoim lekarzem lub innym pracownikiem ochrony zdrowia, aby zdecydować, które szczepienia są dla Ciebie odpowiednie.



Profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP) w celu zapobiegania HIV

W PrEP stosuje się leki antyretrowirusowe w celu zmniejszenia ryzyka zarażenia się wirusem HIV (ludzkim wirusem niedoboru odporności). Jeśli nie masz HIV, ale Twój lekarz lub inny świadczeniodawca stwierdzi, że jesteś w grupie zwiększonego ryzyka zakażenia wirusem HIV, Medicare pokrywa zatwierdzone przez FDA doustne lub iniekcyjne leki PrEP, usługi doradcze, badania przesiewowe w kierunku HIV oraz jednorazowe badanie przesiewowe w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu B.



Wizyty profilaktyczne

Jednorazowa wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare” — Medicare pokrywa koszt tej wizyty w ciągu pierwszych 12 miesięcy posiadania części B. Podczas wizyty Ty i Twój lekarz lub inny pracownik 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 zastrzyki lub szczepionki), skierowania na inną opiekę, której możesz potrzebować, oraz Twoje potencjalne czynniki ryzyka zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. **Wizyta profilaktyczna „Witamy w Medicare” nie jest badaniem fizykalnym.**

Coroczna wizyta „Wellness” — Medicare pokrywa koszt tej corocznej wizyty, jeśli masz część B od ponad 12 miesięcy. Możesz umówić się na tę wizytę, aby opracować lub zaktualizować swój spersonalizowany plan zapobiegania chorobom i niepełnosprawności na podstawie Twojego obecnego stanu zdrowia i czynników ryzyka. Medicare pokrywa koszt takiej wizyty raz na 12 miesięcy. **Coroczna wizyta „Wellness” nie jest badaniem fizykalnym.**



Badania przesiewowe w kierunku raka prostaty

Te badania przesiewowe sprawdzają występowanie raka prostaty. Medicare pokrywa koszty cyfrowych badań odbytnicy i badania krwi na antygen swoisty dla prostaty (PSA) raz na 12 miesięcy dla mężczyzn powyżej 50 roku życia (zaczynając od dnia po Twoich 50. urodzinach).



Badania przesiewowe i poradnictwo w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową

Medicare pokrywa badania przesiewowe w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową w kierunku chłamydii, rzeżączki, kiły i/lub zapalenia wątroby typu B, jeśli jesteś w ciąży lub jesteś w grupie zwiększonego ryzyka infekcji przenoszonej drogą płciową. Medicare pokrywa koszt tych badań przesiewowych raz na 12 miesięcy lub w określonych terminach podczas ciąży. Medicare pokrywa również co roku koszt maksymalnie dwóch indywidualnych sesji z zakresu poradnictwa behawioralnego, jeśli jesteś aktywnym seksualnie dorosłym o zwiększonym ryzyku zachorowania na te infekcje. Twój lekarz musi zlecić badanie przesiewowe lub skierować Cię na poradnictwo behawioralne. Medicare pokryje koszt tych sesji tylko z świadczeniodawcą w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (np. w gabinecie lekarskim). Medicare nie pokryje kosztu poradnictwa jako usługi profilaktycznej w warunkach szpitalnych (takich jak wykwalifikowana placówka opiekuńcza).

Dowiedz się więcej:

Więcej informacji na temat usług profilaktycznych Medicare można znaleźć na stronie [Medicare.gov/coverage/preventive-screening-services](https://www.medicare.gov/coverage/preventive-screening-services). Możesz również zadzwonić na numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszące) mogą dzwonić pod numer 1-877-486-2048.

Możesz również zalogować się (lub utworzyć) swoje bezpieczne konto Medicare na stronie [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) gdzie znajdziesz listę usług profilaktycznych, do których jesteś uprawniony/-a w Original Medicare. Za pośrednictwem swojego konta możesz również uzyskać inne osobiste informacje o Medicare, przeglądać swoje wnioski do Medicare, wydrukować kopię oficjalnej karty Medicare, płacić składki Medicare, jeśli otrzymasz rachunek z Medicare i nie tylko.

Komunikacja 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. Napisz do nas e-mail: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Wyślij nam faks: 1-844-530-3676

4. 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

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Twoje zgłoszenie powinno zawierać Twoje imię i nazwisko, numer telefonu, rodzaj potrzebnych informacji (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 któregoś 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 którykolwiek 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 na receptę Medicare, stanowego lub lokalnego biura Medicaid lub kwalifikowanych planów zdrowotnych Marketplace. Istnieją 3 sposoby złożenia skargi do Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej – Biura ds. Praw Obywatelskich:

1. Online:

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 niedosłyszące) mogą dzwonić pod numer 1-800-537-7697.

3. Na piśmie: Wyślij informacje o swojej skardze na adres:

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

Do użytku służbowego

Kara za stosowanie w celach prywatnych: \$300



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**, 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.

„Staying Healthy” („W trosce o zdrowie”) nie jest dokumentem prawnym. Oficjalne informacje prawne na temat programu Medicare są zawarte w odpowiednich ustawach, rozporządzeniach i orzeczeniach.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.