

Cobertura Medicare de Suprimentos, Serviços e Programas de Prevenção para Diabetes

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Este panfleto oficial emitido pelo governo contém informações importantes sobre:

- O que está coberto
- Maneiras de se manter saudável
- Onde obter mais informações



A informação contida neste panfleto descreve o Programa Medicare na situação em que se encontrava na data de publicação do mesmo. Podem ocorrer alterações após a impressão. Acesse Medicare.gov, ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obter as informações mais recentes. Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

“Cobertura Medicare para Suprimentos, Serviços e Programas de Prevenção para Diabetes” não é um documento legal. A orientação jurídica oficial do Programa Medicare consta nos estatutos, regulamentos e decisões relevantes.

Índice

Introdução	4
Seção 1: Visão rápida da Cobertura do Medicare para Diabetes	5
Seção 2: Suprimentos para diabetes cobertos pelo Medicare Parte B	9
Equipamento e suprimentos de autoteste de glicemia	10
Bombas de insulina	13
Calçados terapêuticos e palmilhas	13
Reposição de equipamento ou suprimentos médicos duráveis extraviados ou danificados em um desastre ou emergência.	14
Seção 3: Medicamentos para Diabetes Cobertos por Medicare	15
Insulina.	16
Medicamentos antidiabéticos	16
Suprimentos para diabetes	17
Seção 4: Rastreamento e Serviços Cobertos por Medicare	19
Exames para diabetes	20
Programa de Prevenção de Diabete	20
Treinamento do autocontrole do diabetes.	21
Serviços médicos de terapia nutricional.	24
Exames e tratamento para os pés	25
Exames de hemoglobina A1C	25
Exames de glaucoma	25
Vacina pneumocócica e da gripe	26
Consulta preventiva “Bem-vindo ao Medicare”	26
Consulta de “Bem-estar” anual.	26
Suprimentos e serviços que não são cobertos pelo Medicare	26
Seção 5: Dicas e Recursos Úteis	27
Telefones e sites na web	28



Introdução

Este livreto explica a cobertura do Medicare de suprimentos e serviços para o diabetes em Medicare Original e com cobertura para prescrição de medicamentos sob o Medicare (Parte D).

O Medicare é o programa de seguro saúde federal para pessoas de 65 anos ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com deficiência e pessoas com doença renal em estágio terminal (insuficiência renal permanente que requer diálise ou transplante, às vezes chamada ESRD).

O Original Medicare inclui a Parte A (Seguro Hospitalar) e a Parte B (Seguro Médico). Você pode aderir separadamente a um plano de medicamentos Medicare para obter cobertura de medicamentos Medicare (Parte D). O Medicare cobre a maioria — mas não todos — dos custos de serviços e suprimentos de saúde aprovados.

O Medicare Advantage (também conhecido como Parte C) é um plano Medicare aprovado por uma empresa privada que oferece uma alternativa ao Original Medicare para sua saúde e cobertura de medicamentos. Esses planos “agrupados” incluem a Parte A, a Parte B e, geralmente, a cobertura de medicamentos do Medicare (Parte D).

Pode ser útil entender os termos a seguir para ler este livreto:

Cosseguro: Um montante que pode ser necessário que você pague como sua parte do custo pelos serviços após você pagar quaisquer franquias. O cosseguro é geralmente uma porcentagem (por exemplo, 20%).

Co pagamento: Um montante que pode ser necessário você pagar como sua parte do custo de um serviço ou suprimento médico, como uma consulta médica, consulta hospitalar ambulatorial ou medicamento prescrito. Um copagamento é geralmente um montante definido, em vez de uma porcentagem. Por exemplo, você pode pagar \$10 ou \$20 por uma consulta médica ou prescrição.

Franquia: O valor que você deve pagar pelos cuidados de saúde ou medicamentos recebidos antes que o Medicare Original, seu plano Medicare Advantage, seu plano de medicamentos Medicare ou outro seguro comece a pagar.

Equipamento médico de longa duração: Determinado equipamento médico, como um andador, cadeira de rodas ou cama de hospital, solicitado pelo seu médico para uso em casa.

Montante aprovado pelo Medicare: No Medicare Original, esse é o montante que pode ser pago a um médico ou fornecedor que aceita uma atribuição (assignment). A **atribuição** é um acordo feito pelo seu médico, provedor ou fornecedor para ser pago diretamente pelo Medicare, aceitar o montante aprovado pelo Medicare para o serviço, e não cobrar de você mais do que a franquia e o cosseguro do Medicare. Ele pode ser menor do que o montante atual que o médico ou fornecedor cobra. O Medicare paga parte deste montante e você fica responsável pela diferença.

SEÇÃO

1 Visão rápida da Cobertura do Medicare para Diabetes

A tabela nas páginas 6-8 oferece um breve panorama de alguns dos serviços e suprimentos para diabetes cobertos pelo Medicare Parte B (Seguro Médico) e pelo Medicare Parte D (cobertura de medicamentos prescritos).

De modo geral, a Parte B cobre os serviços que podem afetar pessoas com diabetes. A Parte B também cobre alguns serviços preventivos para pessoas que estão em risco de diabetes. Você precisa ter a Parte B para receber os serviços e suprimentos cobertos pela Parte B.

A Parte D cobre os suprimentos de diabetes usados para administrar as doses de insulina. Você deve se cadastrar na cobertura de medicamentos do Medicare para obter as coberturas de suprimentos da Parte D.

Suprimento/ serviço	O que está coberto	O que você paga
Medicamentos antidiabéticos Veja a página 16.	A Parte D cobre medicamentos antidiabéticos para manutenção da glicemia (glicose).	Cosseguro ou copagamento A franquia da Parte D pode também ser aplicada
Exames para diabetes Veja a página 20.	A Parte B cobre esses exames se o seu médico determinar que você está em risco de diabetes. Pode ter o direito de fazer até 2 testes de rastreamento do diabetes por ano.	Sem cosseguro, copagamento ou franquia da Parte B
Programa Medicare para a Prevenção de Diabetes Veja as páginas 20-21.	A parte B cobre a participação uma vez na vida num programa de mudança de hábitos para ajudá-lo na prevenção de diabetes.	Sem custo, caso você tenha direito ao programa.
Treinamento do autocontrole do diabetes Veja as páginas 21-24.	A Parte B cobre serviços de treinamento de autocontrole do diabetes (DSMT) para pessoas recém-diagnosticadas com diabetes ou em risco de complicações do diabetes. Para que o Medicare cubra esses serviços, o seu médico, ou outro provedor de cuidados médicos, terá de os solicitar, sendo que tais serviços terão que ser prestados por um indivíduo ou programa aprovado.	20% do montante aprovado pelo Medicare após a franquia anual da Parte B
Equipamentos e suprimentos para diabetes Veja a página 10-13.	A Parte B cobre monitores de açúcar no sangue (glicemia) caseiros e os suprimentos usados com o equipamento, incluindo tiras de teste de glicemia, lancetadores e lancetas. Pode haver limites na quantidade desses suprimentos e na frequência você os poderá obter. A Parte B também abrange as bombas de insulina consideradas equipamentos médicos duráveis.	20% do montante aprovado pelo Medicare após a franquia anual da Parte B A partir de 1º de julho de 2023 , se você tomar insulina através de uma bomba tradicional coberta pelo benefício de equipamento médico durável do Medicare, não pagará mais de \$35 pelo suprimento mensal de insulina. A franquia da Parte B não se aplica.
Suprimentos para diabetes Veja a página 17.	A Parte D cobre certos suprimentos médicos para administrar insulina (como seringas, agulhas, algodão embebido em álcool, gaze e dispositivos de bomba de insulina que não são cobertos pelo benefício de equipamento médico durável da Parte B).	Cosseguro ou copagamento A franquia da Parte D pode também ser aplicada

Suprimento/ serviço	O que está coberto	O que você paga
Vacina pneumocócica e contra gripe Veja a página 26.	Vacina contra gripe — Ajuda na prevenção de influenza ou contágio pelo vírus da influenza. A Parte B cobre esta injeção uma vez por época de gripe, no outono ou no inverno, para ajudar a prevenir o vírus da influenza ou da gripe. Vacina pneumocócica — A Parte B cobre esta vacina para ajudar na prevenção de infecções pneumocócicas (por exemplo, alguns tipos de pneumonia).	Sem cosseguro, copagamento ou franquia da Parte B se o seu médico ou provedor de cuidados de saúde aceitar a atribuição.
Exames e tratamento para os pés Veja a página 25.	A Parte B cobre um exame podológico a cada 6 meses para pessoas com neuropatia periférica diabética e uma perda de sensibilidade protetora, desde que não consulte outro podologista por alguma outra razão entre as visitas.	20% do montante aprovado pelo Medicare após a franquia anual da Parte B.
Exames de glaucoma Veja a página 25.	A Parte B cobre esse exame uma vez a cada 12 meses para pessoas com alto risco de desenvolver glaucoma. O teste deve ser feito por um médico legalmente autorizado pelo estado.	20% do montante aprovado pelo Medicare após a franquia anual da Parte B.
Insulina Veja a página 16.	A Parte D cobre insulina que não é administrada com uma bomba de insulina.	O custo de um suprimento de um mês de cada insulina coberta pela Parte D é limitado a \$35. Você não precisa pagar a franquia.

Suprimento/ serviço	O que está coberto	O que você paga
Bombas de insulina Veja a página 13.	O Medicare Parte B cobre bombas de insulina externas de longa duração e a insulina que o dispositivo utiliza na categoria de equipamentos médicos de longa duração, caso você atender a certas condições.	20% do montante aprovado pelo Medicare após a franquia anual da Parte B. A partir de 1º de julho de 2023 , se você tomar insulina através de uma bomba tradicional coberta pelo benefício de equipamento médico durável do Medicare, não pagará mais de \$35 pelo suprimento mensal de insulina. A franquia da Parte B não se aplica.
Serviços médicos de terapia nutricional Veja as páginas 24-25.	A Parte B pode cobrir serviços de terapia nutricional médica e certos serviços relacionados caso você tiver diabetes ou doença renal. Seu médico ou outro profissional de saúde deve encaminhar você para esses serviços.	Sem cosseguro, copagamento nem franquia da Parte B se o seu médico ou provedor de cuidados de saúde aceitar a atribuição
Calçados terapêuticos e palmilhas Veja a página 13-14.	A Parte B cobre palmilhas ou calçado terapêutico para pessoas com diabetes que tenham quadro grave de pé diabético.	20% do montante aprovado pelo Medicare após a franquia anual da Parte B
Consulta preventiva “Bem-vindo ao Medicare” Veja a página 26.	Durante os primeiros 12 meses de inscrição na Parte B, o Medicare cobre um exame único de sua saúde, além de instrução e aconselhamento a respeito de serviços preventivos, incluindo certos testes de rastreamento, injeções e encaminhamento para outros tipos de atenção médica, quando for necessário.	Sem cosseguro, copagamento nem franquia da Parte B se o seu médico ou provedor de cuidados de saúde aceitar a atribuição
Consulta de “Bem-estar” anual Veja a página 26.	Se você já possui o plano Parte B por mais de 12 meses, você pode fazer uma consulta de “bem-estar” anual, para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado, baseado na sua saúde atual e nos fatores de risco.	Sem cosseguro, sem copagamento nem franquia da Parte B se o seu médico ou provedor de cuidados de saúde aceitar a atribuição Se você fez a consulta “Bem-vindo ao Medicare”, você precisa esperar 12 meses antes de fazer sua primeira consulta anual de “Bem-estar”.

SEÇÃO

Suprimentos para diabetes cobertos pelo Medicare Parte B

2

Esta seção proporciona informação sobre o Medicare Parte B (Seguro Médico) e sua cobertura de suprimentos para o tratamento de diabetes.

O Medicare cobre certos suprimentos se você tiver diabetes e Parte B, incluindo:

- **Equipamento e suprimentos de autoteste de glicemia.** Veja as páginas 10-12.
- **Bombas de insulina.** Veja a página 13.
- **Calçados terapêuticos ou palmilhas.** Veja as páginas 13-14.

Equipamento e suprimentos de autoteste de glicemia

A Parte B cobre equipamento e suprimentos de autoteste de glicemia (nível de açúcar no sangue) como equipamento médico durável.

Os suprimentos de autoteste incluem:

- **Monitores de glicemia**
- **Tiras de teste de glicemia**
- **Lancetadores e lancetas**
- As **soluções de controle da glicose** para verificação da precisão do equipamento de testes e tiras de testes.

Porém, a quantidade de suprimentos cobertos pela Parte B varia.

- Se você usa insulina, pode conseguir obter até 300 tiras de teste e 300 lancetas a cada 3 meses.
- Se não usa insulina, pode conseguir obter até 100 tiras de teste e 100 lancetas a cada 3 meses.

Se o seu médico disser que é clinicamente necessário e você atender a outros requisitos, **o Medicare permitirá que você obtenha tiras de teste e lancetas adicionais.** Você pode precisar manter um registro que mostre com que frequência você está realmente se testando.

O Medicare pode cobrir um monitor contínuo de glicose (receptor) e suprimentos relacionados (sensores e transmissores) se seu médico disser que você atende a todos os requisitos de cobertura do Medicare.

Os requisitos incluem a necessidade de:

- Verificar frequentemente o seu açúcar no sangue (4 ou mais vezes por dia) e
- Usar uma bomba de insulina ou receber 3 ou mais injeções de insulina por dia.

Você também deve fazer consultas presenciais de rotina ao seu médico.

Se você tiver perguntas sobre suprimentos para tratamento do diabetes, visite [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage). Você também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

Equipamento e suprimentos de autoteste de glicemia (continuação)

O que eu preciso do meu médico para obter esses suprimentos cobertos?

O Medicare somente cobrirá equipamento e suprimentos de autoteste de glicemia se você tiver uma prescrição de seu médico. A prescrição deve incluir:

- Se você possui diabetes.
- Qual tipo de monitor da glicemia você precisa e por que precisa dele. (Se você precisar de um monitor especial por causa de problemas de visão, seu médico deve explicar isso.)
- Se você usa insulina.
- Com que frequência você deve testar seu nível de açúcar no sangue.
- Quantas tiras de teste e lancetas você precisa em um mês.

Tenha isso em mente:

- Você terá que pedir refis de seus suprimentos.
- Você precisa de uma nova prescrição de seu médico para suas lancetas e tiras de teste a cada 12 meses.

Onde posso obter esses suprimentos?

- Você pode pedir e pegar seus suprimentos em sua farmácia.
- Você pode pedir seus suprimentos de um fornecedor de equipamento médico. Geralmente, um “fornecedor” é qualquer empresa, pessoa ou agência que dá a você um item ou serviço médico, exceto quando você for um paciente internado em um hospital ou unidade de enfermagem qualificada. Se você obtiver seus suprimentos desta maneira, você deve fazer o pedido por si mesmo. Você precisará de uma prescrição de seu médico para fazer o pedido, mas seu médico não pode pedir os suprimentos para você.

Qual fornecedor ou farmácia devo usar?

Você deve obter suprimentos de uma farmácia ou fornecedor que está inscrito no Medicare. Se você for a uma farmácia ou fornecedor que não está inscrito no Medicare, o Medicare não pagará. **Você terá que pagar a conta inteira de quaisquer fornecedores de farmácias não inscritas ou de fornecedores não inscritos.**

Antes de você obter um suprimento, é importante fazer ao fornecedor ou farmácia essas perguntas:

- Você está inscrito no Medicare?
- Você aceita atribuição?

Se a resposta dada a qualquer destas 2 perguntas for “não”, você deverá ligar para outro fornecedor ou farmácia na sua região que responda “sim”, para se assegurar de que sua compra está coberta pelo Medicare e assim economizar dinheiro.

Equipamento e suprimentos de autoteste de glicemia (continuação)

Para encontrar um fornecedor que esteja inscrito no Medicare, acesse [Medicare.gov/medicalequipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medicalequipment-suppliers). Ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Observação: O Medicare não pagará pelos suprimentos que não pedir ou quaisquer suprimentos que foram enviados para você automaticamente de fornecedores, inclusive monitores de glicemia, tiras de teste e lancetas. Se você estiver obtendo suprimentos enviados automaticamente para você, está obtendo propaganda enganosa ou suspeita de fraude relacionada aos suprimentos para diabetes, telefone para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quem é responsável por submeter pedidos?

Todas as farmácias e fornecedores inscritos no Medicare deverão apresentar seus pedidos para monitores de glicemia (glicose), tiras de teste e outros itens cobertos sob o benefício de equipamentos médicos duráveis. Você não pode pedir reembolso pelo monitor de glicemia ou tiras reagentes você mesmo.

Quanto devo pagar?

Ao receber os suprimentos de uma farmácia ou fornecedor que aceita a atribuição, você não pagará mais que o valor de seu cosseguro. Se a sua farmácia ou fornecedor **não** aceitar a atribuição, os custos serão mais altos e você poderá pagar mais. Você pode também ter que pagar todo o custo no momento do serviço e aguardar o Medicare enviar a você a parte dele do custo.

Bombas de insulina

A partir de 1º de julho de 2023, seu custo para um mês de suprimento de insulina coberta pela Parte B para sua bomba de equipamento médico durável (DME) não pode ser superior a \$35, e a franquia da Parte B não será aplicável.

Se você tiver o Seguro de Suplementos Medicare (Medigap) que paga a sua co-participação da Parte B, esse plano deve cobrir o custo de \$35 (ou menos) da insulina. Verifique com seu plano para saber se ele cobre a sua co-participação da Parte B.

Se você usar uma bomba de insulina utilizada fora do corpo (externa) que não seja descartável, a Parte B pode cobrir a insulina usada com a bomba e cobrir a própria bomba como DME. Se você morar em certas regiões do país, pode ser necessário utilizar fornecedores específicos de bombas de insulina do Medicare para pagar por uma bomba de insulina durável.

Como eu obtenho uma bomba de insulina?

Se você precisa usar uma bomba de insulina, seu médico a prescreverá para você.

Observação: No Original Medicare, você paga integralmente (100%) pelos suprimentos relacionados à insulina (como seringas, agulhas, algodão embebido em álcool e gaze), a menos que você tenha a Parte D. Para bombas, tubos e quaisquer outros suprimentos, você paga 20% do valor aprovado pelo Medicare após a franquia anual da Parte B.

Calçados terapêuticos e palmilhas

Se você tiver a Parte B, apresentar diabetes e cumprir certas condições (ver a página 14), o Medicare cobrirá calçados terapêuticos se precisar deles.

Os tipos de calçado que a Parte B cobre a cada ano incluem **um** dos seguintes:

- Um par de calçados com suporte fundo e 3 pares de palmilhas
- Um par de calçados moldados sob medida (incluindo palmilhas) se você não puder usar calçados com suporte fundo por causa de uma deformidade do pé e 2 pares de palmilhas adicionais

Observação: Em alguns casos, o Medicare pode também cobrir calços separados ou modificações do calçado em vez de palmilhas

Calçados terapêuticos ou palmilhas (continuação)

Como eu obtenho calçados terapêuticos?

Para o Medicare pagar pelos sapatos terapêuticos, o médico que trata do seu diabetes deve certificar que você atende essas 3 condições:

1. Você possui diabetes.
2. Você tem pelo menos um desses problemas em um ou ambos os pés:
 - Amputação parcial ou completa do pé
 - Úlceras do pé anteriores
 - Calos que podem levar a úlceras do pé
 - Dano do nervo por causa do diabetes com sinais dos problemas com calos
 - Circulação ruim
 - Um pé deformado
3. Você está sendo tratado sob um plano abrangente de cuidados do diabetes e precisa de calçados terapêuticos e/ou palmilhas por causa do diabetes.

O Medicare também requer:

- Um podiatra ou outro profissional de saúde qualificado prescreva os calçados.
- Um médico ou outro indivíduo como um pedotista, ortotista ou próstético experimenta e fornece os calçados

Reposição de equipamento ou suprimentos médicos duráveis extraviados ou danificados em um desastre ou emergência

Se o Medicare Original já pagou por equipamento médico durável (como uma bomba de insulina tradicional) ou suprimentos (como suprimentos diabéticos) danificados ou extraviados devido a uma emergência ou desastre:

- Em certos casos, o Medicare cobrirá o custo para reparar ou substituir seu equipamento ou suprimentos
- Geralmente, o Medicare também cobrirá o custo de aluguel de itens (como cadeira de rodas) durante o tempo que o seu equipamento está sendo consertado

Para mais informações sobre como repor seu equipamento ou suprimentos, acesse [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

SEÇÃO

3 Medicamentos para Diabetes Cobertos por Medicare

Esta seção fornece informações sobre a cobertura de medicamentos do Medicare (Parte D) para pessoas com Medicare que tenham ou estejam em risco de diabetes. Para obter cobertura de medicamentos do Medicare, você deve aderir a um plano de medicamentos do Medicare ou a um Plano de Vantagens do Medicare com cobertura de medicamentos. O Medicare Parte D cobre insulina, medicamentos antidiabéticos e alguns suprimentos relacionados à sua insulina.

Insulina

O custo do suprimento de um mês de cada insulina coberta pela Parte D tem o limite de \$35 e você não precisa pagar uma franquia pela insulina. Isso se aplica a todos que tomam insulina, mesmo se você receber Ajuda Extra (um programa do Medicare para ajudar pessoas com renda e recursos limitados a pagarem os prêmios, franquias, co-participação e outros custos do Medicare Parte D). Se você receber um suprimento de insulina para 60 ou 90 dias, seus custos não poderão ser superiores a \$35 para cada suprimento mensal de cada insulina coberta. Por exemplo, se você receber um suprimento de 60 dias de uma insulina coberta pela Parte D, geralmente não pagará mais do que \$70.

Se você toma insulina, pode obter ajuda para comparar os planos e custos de medicamentos do Medicare:

- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.
- Entre em contato com o Programa Estadual de Assistência de Seguro Saúde (SHIP) local para obter aconselhamento personalizado gratuito sobre seguro saúde.

Observação: A partir de 1º de julho de 2023, limites semelhantes de custos se aplicam à insulina usada em bombas de insulina tradicionais (cobertas na Parte B).

Medicamentos antidiabéticos

Glicemia (glicose) que não é controlada por insulina é mantida por medicamentos antidiabéticos. O Medicare Parte D pode cobrir uma variedade de medicamentos antidiabéticos. Verifique com seu plano para saber quais medicamentos específicos têm cobertura.

Suprimentos para diabetes

Os suprimentos diretamente associados ao fornecimento de insulina ao corpo são cobertos se você tiver cobertura de medicamentos e diabetes do Medicare. Esses suprimentos médicos incluem:

- Gazes com álcool
- Gaze
- Agulhas
- Seringas

Para mais informações

Para mais informação sobre a cobertura Medicare de medicamentos:

- Acessar [Medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.Medicare.gov/drug-coverage-part-d).
- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários com deficiência auditiva devem ligar para 1-877-486-2048.
- Ligue para o Programa Estadual de Assistência de Seguro de Saúde (SHIP) para aconselhamento gratuito sobre seguro de saúde. Para obter o número do telefone, acesse [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) ou ligue para 1-800-MEDICARE.

SEÇÃO

Rastreamento e Serviços Cobertos por Medicare

4

A Parte B cobre certos serviços, testes de rastreamento e treinamento para lhe ajudar a prevenir, detectar e tratar o diabetes.

Em geral, seu médico deve encaminhá-lo para obter esses serviços, incluindo:

- **Exames para diabetes.** Veja a página 20.
- **Programa Medicare de Prevenção de Diabetes.** Veja as páginas 20-21.
- **Treinamento do autocontrole do diabetes.** Veja as páginas 21-24.
- **Serviços médicos de terapia nutricional.** Veja as páginas 24-25.
- **Exames de hemoglobina A1C.** Veja a página 25.

Você pode obter alguns serviços cobertos pelo Medicare sem um encaminhamento. Veja as páginas 25-26.

Exames para diabetes

O Medicare Parte B paga pelos testes de rastreamento caso você estiver em risco de desenvolver diabetes. Você pode estar em risco de diabetes se tiver:

- Hipertensão
- Dislipidemia (histórico de colesterol anormal e níveis de triglicerídeos)
- Obesidade (definida como índice de massa corporal (IMC) ≥ 30)
- Tolerância à glicose (açúcar no sangue) prejudicada
- Glicose (açúcar no sangue) alta em jejum

Você também pode estar em risco se tiver 2 ou mais desses fatores de risco:

- Estiver com excesso de peso (definido como IMC > 25 , mas < 30)
- Tiver antecedentes familiares de diabetes
- Tiver história de diabetes gestacional ou tiver dado à luz a um bebê com mais de 9 libras (4 quilos)
- Tiver 65 anos ou mais de idade

O Medicare pode pagar por até 2 testes de rastreamento de diabetes em um período de 12 meses. Após o teste inicial de rastreamento do diabetes, seu médico determinará se você precisa de um segundo teste. O Medicare cobre os seguintes testes de rastreamento de diabetes:

- Exames de sangue de glicemia de jejum
- Outros exames de glicemia aprovados pelo Medicare, conforme apropriado

Se você acha que tem chance de ter diabetes, converse com seu médico para saber se você deve fazer esses exames.

Programa de Prevenção de Diabetes

A parte B cobre uma participação única na vida em um programa de mudança de hábitos para ajudá-lo na prevenção de diabetes do tipo 2. Esse programa começa com sessões principais em grupo durante um período de 6 meses. Obterá o seguinte nestas sessões:

- Treinamento sobre como fazer mudanças realistas e duradouras com respeito a sua dieta e o exercício
- Dicas sobre como praticar mais exercício.
- Estratégias para controlar seu peso
- Um treinador especializado para mantê-lo motivado.
- Apoio de pessoas que têm metas e desafios semelhantes

Programa de Prevenção de Diabetes (continuação)

Assim que você concluir as sessões principais, você receberá 6 sessões mensais de acompanhamento.

Se tiver começado a fazer o Programa de prevenção do diabetes do Medicare em 2021 ou antes disso, receberá mais 12 sessões mensais se cumprir algumas metas de perda de peso.

Para se qualificar, você deve:

- Ter a Parte B (ou Plano Medicare Advantage).
- Ter glicemia plasmática de jejum de 110 a 125 mg/dL, glicemia plasmática de 2 horas de 140 a 199 mg/dL (teste oral de tolerância à glicose) ou resultado de teste de hemoglobina glicada (A1C) entre 5.7 e 6,4% menos de 12 meses antes de assistir à primeira sessão básica.
- Ter um índice de massa corporal (IMC) de 25 ou mais (caso você for de origem asiática, IMC de 23 ou mais).
- Nunca haver recebido diagnóstico de diabetes tipo 1 ou 2.
- Não ter insuficiência renal terminal (ESRD).
- Nunca haver participado no Programa de prevenção do diabetes do Medicare.

Se você tiver direito a receber esses serviços, não pagará nada.

Visite [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program) para encontrar esses programas na sua área.

Treinamento do autocontrole do diabetes

O treinamento de autocontrole do diabetes (DSMT) ajuda você a aprender como controlar seu diabetes com êxito. Seu médico ou outro profissional de saúde deve prescrever esse treinamento para que ele seja coberto pela Parte B.

Você pode obter o treinamento de autocontrole do diabetes se atender a uma dessas condições:

- Você foi diagnosticado com diabetes.
- Você não tomava medicação para diabetes e passou a tomar, ou passou da medicação para diabetes oral para a insulina.
- Você foi diagnosticado com diabetes e tem risco de complicações (ver próxima página).

Treinamento do autocontrole do diabetes (continuação)

Seu médico ou outro profissional de saúde pode considerar que você tem maior risco se alguma dessas condições se aplicar a você:

- Você tem problemas para controlar o nível de açúcar no sangue (glicemia), foi tratado em um pronto-socorro ou passou uma noite no hospital por causa do diabetes.
- Você foi diagnosticado com doença ocular relacionada ao diabetes.
- Você apresenta perda de sensação nos pés ou algum outro problema no pé, como úlceras ou deformidades, ou então teve uma amputação.
- Você foi diagnosticado com doença renal relacionada ao diabetes.

Seu médico ou outro prestador de assistência médica normalmente proporcionará informação sobre onde você pode receber o treinamento para a autogestão de diabetes. Você deve receber este treinamento de um indivíduo ou programa autorizado, como parte do plano formulado por seu médico ou outro prestador de assistência médica. Esses programas e indivíduos de DSMT são acreditados pela Associação Americana de Diabetes ou por educadores da Associação Americana de Diabetes.

Quanto do treinamento é coberto?

O Medicare cobrirá até 10 horas de treinamento inicial e 2 horas de treinamento de acompanhamento, se necessário.

O treinamento inicial deve ser concluído em no máximo 12 meses desde o início do treinamento. O treinamento inicial inclui 1 hora de treinamento individual. As outras 9 horas de treinamento inicial geralmente ocorrem em uma classe em grupo.

Importante: Seu médico ou outro profissional de saúde pode prescrever até 10 horas de treinamento individual, ao invés de sessões em grupo. Você pode precisar de treinamento individual se tiver baixa visão, deficiência auditiva, de linguagem ou outra dificuldade de comunicação ou limitações cognitivas. O Medicare também cobre o treinamento individual se nenhum grupo estiver disponível dentro de 2 meses a partir da data do pedido.

Treinamento do autocontrole do diabetes (continuação)

O Medicare até 2 horas de treinamento de acompanhamento por ano após o ano em que tiver recebido o treinamento inicial, se necessário. O treinamento de acompanhamento pode ser feito em grupo ou em sessões individuais. Seu médico ou outro profissional de saúde deve prescrever esse treinamento de acompanhamento todos os anos para que o Medicare providencie a cobertura.

Observação: O treinamento de autocontrole do diabetes está disponível em muitos Centros de Saúde com Qualificação Federal (FQHCs). Os FQHS oferecem principalmente serviços de saúde e serviços preventivos qualificados em áreas rurais e urbanas mal-atendidas do ponto de vista médico. Alguns dos tipos de FQHC são os centros de saúde comunitários, centros de saúde de migrantes, programas de cuidados de saúde para moradores de rua, centros de cuidados primários em moradias populares e programas/estabelecimentos de saúde ambulatorial operados por uma tribo ou organização tribal ou organização indígena urbana. Você não tem que pagar a franquia da Parte B. Acesse findahealthcenter.hrsa.gov para encontrar um centro de saúde perto de você.

Telessaúde: É possível que você possa receber o treinamento em autocuidado do diabetes de um médico ou outro prestador de serviços de saúde localizado em outro lugar usando tecnologia de comunicação apenas por áudio (como o seu telefone) ou por áudio e vídeo (como o seu computador). Para mais informações sobre os serviços de telessaúde, ligue para 1-800-MEDICARE. Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

O que eu aprenderei neste treinamento?

A primeira sessão de DSMT é uma avaliação individual para ajudar os instrutores a entenderem melhor as suas necessidades.

O treinamento em sala de aula cobrirá tópicos como esses:

- Informações gerais sobre diabetes, os benefícios do controle da glicemia, e os riscos do controle ruim da glicemia
- Nutrição e como controlar sua dieta
- Opções para controlar e melhorar o controle da glicemia

Treinamento do autocontrole do diabetes (continuação)

- Exercícios e por que é importante para sua saúde
- Como tomar seus medicamentos adequadamente
- Exame da glicemia e como usar as informações para melhorar seu controle do diabetes
- Como evitar, reconhecer e tratar de complicações agudas e crônicas provenientes do seu diabetes
- Cuidado dos pés, da pele e dentário
- Como a dieta, os exercícios e a medicação afetam a glicemia
- Mudanças de comportamento, definição de metas, redução do risco e resolução de problemas
- Como se ajustar emocionalmente a ter diabetes
- Envolvimento e suporte da família
- O uso do sistema de atendimento de saúde e os recursos comunitários

Serviços médicos de terapia nutricional

Além do treinamento de auto-administração da diabetes, a Parte B abrange serviços de terapia nutricional médica caso você tenha diabetes ou doença renal e atender a determinados critérios. Um médico deve prescrever esses serviços a você.

Um nutricionista registrado ou certos profissionais de nutrição podem prestar esses serviços:

- Uma avaliação inicial da nutrição e do estilo de vida
- Aconselhamento sobre nutrição (quais alimentos comer e como seguir um plano individualizado de refeições diabéticas)
- Como controlar fatores de estilo de vida que afetam o seu diabetes
- Consultas de acompanhamento para verificar o seu progresso no controle da dieta

Não esqueça que seu médico ou outro provedor de assistência médica deve receitar os serviços de terapia médica nutricional cada ano para que sejam pagos pelo Medicare.

Serviços médicos de terapia nutricional (continuação)

Observação: AA terapia nutricional médica está disponível em muitos Centros de Saúde com Qualificação Federal. Veja a página 24. Acesse findahealthcenter.hrsa.gov para encontrar um centro de saúde perto de você.

Telessaúde: Você pode obter terapia de nutrição médica de um nutricionista registrado ou de outro profissional de saúde através do telessaúde. Saiba mais na Página 23.

Exames e tratamento para os pés

Se você tem lesão do nervo relacionada ao diabetes em algum dos pés, o Medicare cobrirá um exame dos pés a cada 6 meses por um podiatra ou outro especialista em cuidados dos pés, a menos que você tenha se consultado com um especialista em cuidados dos pés para outro problema dos pés nos últimos 6 meses. O Medicare pode cobrir consultas mais frequentes se você teve uma amputação não traumática (não causada por lesão) parcial ou integral do pé ou se os seus pés mudaram de aparência, o que pode indicar que você tem uma doença grave no pé. Lembre-se que você deve estar sob os cuidados de seu clínico geral ou especialista em diabetes quando obtiver o cuidado dos pés.

Exames de hemoglobina A1C

O exame de hemoglobina glicada (A1C) é um exame de laboratório que mede se a sua glicemia esteve bem controlada nos últimos 3 meses. Se você tiver diabetes, a Parte B cobre este exame caso o mesmo seja encomendado por parte de seu médico.

Exames de glaucoma

A Parte B pagará para que seus olhos sejam examinados para saber se tem glaucoma uma vez a cada 12 meses, caso esteja em risco. Você é considerado como de alto risco para glaucoma se você tiver:

- Diabetes mellitus
- Antecedentes familiares de glaucoma, ou
- É afro-americano com 50 ou mais anos de idade, ou
- É hispânico com 65 ou mais anos de idade.

Esse exame deve ser feito ou supervisionado por um oftalmologista que tenha permissão legal de prestar esse serviço no seu estado.

Vacina pneumocócica e da gripe

Se você tem diabetes, tem um risco maior de complicações da gripe e pneumonia. É importante se vacinar para reduzir esse risco. A Parte B pagará para você tomar a vacina contra a gripe geralmente uma vez por temporada de gripe. A Parte B também pagará por vacinas pneumocócicas para prevenir infecções pneumocócicas (como certos tipos de pneumonia). Converse com seu médico ou outro profissional de saúde para saber se você precisa dessas vacinas.

Consulta preventiva “Bem-vindo ao Medicare”

O Medicare Parte B pagará para que você faça um exame de glaucoma uma vez a cada 12 meses, caso você esteja em risco de desenvolver a doença. Isso inclui informações sobre certos exames, vacinas e encaminhamentos para outro cuidado, se necessário. A consulta preventiva “Bem-vindo ao Medicare” é uma boa oportunidade de conversar com seu médico sobre os serviços preventivos que você pode precisar, como exames de triagem do diabetes.

Consulta de “Bem-estar” anual

Se você possui o plano Parte B por mais de 12 meses, você pode fazer uma consulta de “bem-estar” anual, para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado, baseado na sua saúde atual e nos fatores de risco. Isso inclui:

- Uma análise do histórico médico e familiar
- Uma lista dos provedores atuais e medicamentos prescritos
- Sua altura, peso, pressão arterial e outras medições de rotina
- Uma programação de exames para serviços preventivos apropriados
- Uma lista de fatores de risco e opções de tratamento para você

Suprimentos e serviços que não são cobertos pelo Medicare

Planos de medicamentos do Medicare Original e Medicare não cobrem tudo. Por exemplo, os seguintes suprimentos e serviços não estão cobertos:

- Óculos e exames de vista, exceto após cirurgia de catarata
- Sapatos ortopédicos (sapatos para pessoas cujos pés estão debilitados, mas intactos)
- Cirurgia cosmética

SEÇÃO

Dicas e Recursos Úteis

5

Mais informações estão disponíveis para ajudar você a fazer escolhas de cuidados de saúde e tomar decisões que atendam às suas necessidades.

Para mais informações sobre a cobertura Medicare para o tratamento de diabetes, visite [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage) ou ligue para (1-800-633-4227). Usuários com deficiência auditiva devem ligar para 1-877-486-2048.

Telefones e sites na web

**Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC),
Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS)**

cdc.gov/diabetes
1-800-232-4636

Encontre um Centro de Saúde

findahealthcenter.hrsa.gov

Serviço Indígena de Saúde

ihs.gov/diabetes

MyHealthfinder

healthfinder.gov

Programa Nacional de Prevenção do Diabetes

cdc.gov/diabetes/prevention

**Instituto Nacional de Diabetes e Doenças Digestivas e Renais (NIDDK)
dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH), HHS**

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

Comunicações acessíveis do CMS

O Medicare oferece ajuda e serviços auxiliares gratuitos, incluindo informações em formatos acessíveis como braille, letras grandes, arquivos de dados/áudio, serviços de retransmissão e comunicações TTY. Se você solicitar informações em um formato acessível, não será prejudicado pelo tempo adicional necessário para fornecê-las. Isso significa que você receberá mais tempo para tomar qualquer ação caso haja alguma demora no atendimento de sua solicitação.

Para solicitar informações sobre o Medicare ou o Marketplace em formato acessível, você pode:

1. **Ligue para nós:** Para o Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048.
Para o Mercado: 1-800-318-2596. TTY: 1-855-889-4325
2. **Envie-nos um email:** altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **Envie-nos um fax:** 1-844-530-3676.
4. **Envie-nos uma carta:**

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

Seu pedido deve incluir seu nome, número telefônico, o tipo de informação que você necessita (se for do seu conhecimento) e o endereço postal do local para onde devemos enviar o material. Nós poderemos contatá-lo caso precisemos de mais informações.

Observação: Se você estiver inscrito em algum Plano de Vantagens Medicare ou Plano de Medicamentos de Receita Medicare, entre em contato com seu plano para solicitar a informação num formato acessível. No caso de Medicaid, contate sua agência local Medicaid.

Aviso de não discriminação

Os Centros para os Serviços Medicare e Medicaid (CMS) não excluem, negam benefícios, ou discrimina de outra forma qualquer pessoa com base na sua raça, cor, nacionalidade, deficiência, sexo (incluindo orientação sexual e identidade de gênero) ou idade para a inscrição, participação ou recebimento dos serviços e benefícios incluídos em qualquer de seus programas e atividades, sejam estes realizados diretamente pelo CMS ou terceirizadas, ou realizadas mediante outra entidade com o qual o CMS participa no desempenho de seus programas e atividades.

Caso você tenha alguma preocupação sobre como receber a informação em um formato que você possa usar, pode entrar em contato com o CMS em qualquer momento usando qualquer dos meios de comunicação mencionados neste documento.

Você também pode apresentar uma queixa caso você pense que foi discriminado em algum programa ou atividade de CMS, incluindo qualquer dificuldade experimentada ao receber a informação em formato acessível de qualquer agência Plano Medicare de Vantagens, Plano Medicare para Medicamentos de Prescrição, Agência Medicaid estadual ou local, ou Planos de Saúde Certificados Marketplace. Existem três formas de apresentar uma queixa no Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, departamento de Direitos Civis:

1. **Em linha:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Por telefone:** Ligue para 1-800-368-1019. Usuários de TTY podem ligar para 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envie a informação sobre sua queixa para:

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

Atividade oficial
Multa por uso particular, \$300

CMS Product No. 11022-POR (Portuguese)
June 2023

Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs

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

