

Сообщения от потребителей (онлайн и по телефону)

Используйте данную форму, чтобы сообщить в программу «Прозрачности цен на лекарства» штата Орегон о повышении стоимости рецептурных препаратов или о завышенной стоимости рецептурных препаратов. Заполните данную форму и отправьте ее на электронный адрес: rx.prices@dcbs.oregon.gov.

Любой человек может сообщить о завышенной или повысившейся стоимости. Сообщения потребителей публикуются на сайте программы «Прозрачности цен на лекарства» (<https://dfr.oregon.gov/drugtransparency>) и могут быть использованы при подаче ежегодного отчета в Законодательное собрание штата Орегон. Ваши ответы и персональная информация будут храниться анонимно.

По запросу мы предоставим данный бланк в другом формате для лиц с ограниченными возможностями, а также на другом языке. Если у Вас есть вопросы, необходима помощь с заполнением формы или же информация в другом формате, напишите на электронный адрес: rx.prices@dcbs.oregon.gov или оставьте сообщение, позвонив 503-947-7200 или 833-210-4560 (бесплатно).

О чем Вы хотите сообщить? (Выберите один или оба варианта)

- Прямая индивидуальная
- От работодателя


1. Укажите Ваш почтовый индекс: _____

2. Выберите из списка ниже тип использованной Вами страховки:

- Прямая индивидуальная
- От работодателя
- Medicaid (План медицинского обслуживания штата Орегон, или Организация скоординированного медицинского обслуживания)
- Medicare
- Совет по пособиям для преподавателей штата Орегон (СППО)
- Биржа медицинского страхования штата Орегон (Healthcare.gov)
- Совет по пособиям для работников общественного сектора (СПРОС)
- Малая группа
- Нет страховки
- Другое: _____
- Не знаю

3. Если Вы выбрали индивидуальную страховку, страховку от работодателя, СППО, СПРОС или малую группу, выберите Вашего свою страховую компанию из списка:

- BridgeSpan
- Health Net
- Kaiser Permanente
- Moda
- PacificSource
- Regence BlueCross BlueShield
- Samaritan Health Plans
- UnitedHealthCare


 Аптека родного города
 Главная улица, 1234
 где-то в США, 11111

(800) 888-8888
 Лучший доктор

№ 0060013-134
 Лучший клиент
 ДАТА 01.01.2015

Принимать орально по одной таблетке каждый день
ТРИАМТЕРЕН/ГИДРОХЛОРОТИАЗИД 75-50 МГ ТАБЛЕТКИ

ВОСПРОИЗВЕДЕНО ОТ: МАКСЗИД 75-50 ТАБ МУЛА
 К-ВО: 90 НКЛС: 60505 5-2657-05

ПОЛУЧЕНИЕ ПО РЕЦЕПТУ: 2 до 10.11.2019 Годен до: 11/2020

РЕЦЕПТ ПЕЖОНСДЛВРДРДТЕСЬ С ВАШИН
 ВРАЧОМ ИЛИ ФАРМАЦЕВТОМ ПЕРФЕД
 ПРИМЕНЕНИЕМ ЗАМЕДИТЕЛЯ СОЛИ

ДАННОЕ ЛЕКАРСТВО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
 ТАБЛЕТКУ ОВАЛЬНОЙ ФОРМЫ С ЖЕЛТОЙ
 НАСЕЧКОЙ, НА КОТОРОЙ ОТПЕЧАТАНО АРД НА
 ОДНОЙ СТОРОНЕ И 7690 НА ДРУГОЙ СТОРОНЕ.
 ЛПТ ИНО ПЕРИОРИТИКТИНА

ИЗБЕГАЙТЕ ДИТЕЛЯКОГО
 ВОЗДЕЙСТВИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО
 ИЛИЛИ КОЖУСТИВНОГО
 ИСТОЧНИКА СВЕТА ВО ВРЕМЯ
 ПРИЕМА ДАННОГО ЛЕКАРВАТА.

05504500555000

Чтобы помочь с ответами на вопросы ниже, красным обведены название лекарства, дозировка и НКЛС (национальный код лекарственных средств). Больше информации о том, как считывать этикетки препаратов [здесь](#).

4. НКЛС или название лекарства, отпускаемого по рецепту: _____
5. Дозировка лекарства (пример: 100 мг или 100 мл) _____
6. Количество лекарства (пример: 90 таблеток или 1 ампула) _____
7. Ваша **последняя оплата** за указанное выше лекарство:
 - a Дата, когда Вы забрали и оплатили лекарство _____
 - b Стоимость, по которой Вы купили лекарство _____
 - c Название аптеки, учреждения или службы почтовых доставок _____
8. Пропустите этот вопрос, если вы хотите сообщить о завышенной стоимости лекарства. Если вы сообщаете о повышении стоимости, просьба ответить на вопрос. Ваша предыдущая оплата за указанное выше лекарство:
 - a Дата, когда Вы оплатили лекарство _____
 - b Стоимость, по которой Вы купили лекарство _____
 - c Название аптеки, учреждения или службы почтовых доставок _____
9. Использовали ли Вы какие-либо купоны или вспомогательные программы, чтобы уменьшить стоимость лекарства, отпускаемого по рецепту?
 - Нет
 - Да
 - i.i. Территориальная или благотворительная вспомогательная программа
 - ii. Купон от производителя
 - iii. Карточка Программы рецептурных лекарств штата Орегон (ПРЛО)
 - iv. Программа помощи пациентам
 - v. Другое: _____

10. Насколько Вам известно, чем вызвано повышение или завышение стоимости Вашего лекарства, отпускаемого по рецепту?

- Повышение стоимости, связанное со страховкой (доплата, совместное страхование, отчисления, изменение формулы)
- Повышение стоимости, не связанное со страховкой
- Не знаю

11. По какой причине Вы сообщаете о завышенной или повысившейся стоимости (выберете все подходящие варианты)

- Стоимость повысилась с момента моего последнего получения лекарства по рецепту.
- Повышение стоимости вызывает беспокойство по поводу моих финансов.
- В середине года у меня произошли изменения в формуляре, которые увеличили мои расходы.
- У меня возникли проблемы с программой помощи пациентам от производителя лекарств.
- Я не могу оплатить стоимость рецепта.
- Другое: _____

Источники

Если у Вас возникли проблемы со страховкой в отношении покрытия рецептурных лекарств, обратитесь в отдел защиты потребителей Департамента услуг потребителям и предприятиям (ДУПП) по телефону 888-877-4894 (бесплатно) или и-мейл DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov.

Каждый может бесплатно стать участником [ArrayRx Discount Card Program](#) (Программа рецептурных лекарств штата Орегон), по которой можно получить скидки на рецептурные лекарства лицам, у которых нет страховки, или на лекарства, которые не входят в планы индивидуального страхования. Для получения дополнительной информации звоните 800-913-4284 (бесплатно).

Если у Вас нет страховки, обратитесь в OregonHealthCare.gov для получения большей информации о доступных Вам планах страхования здоровья.

Отдел защиты потребителей ДУПП

888-877-4894 (бесплатно)

DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov

Биржа медицинского страхования штата Орегон

855-268-3767 (бесплатно)

info.marketplace@dhsosha.state.or.us

План медицинского обслуживания штата Орегон – Управление здравоохранения штата Орегон

800-699-9075 (бесплатно) | (711 телетайп) — ЕДИНЫЙ сервисный центр

<https://one.oregon.gov/>



Department of Consumer
and Business Services