

## 消費者告知書 ( 在線和電話 )

使用本表格, 向俄勒岡“藥品價格透明化計畫”報告某一處方藥價格上漲或處方藥價格高。請填寫本表格, 並發送電子郵件至: [rx.prices@dcbsoregon.gov](mailto:rx.prices@dcbsoregon.gov).

所有人都可報告處方藥價格高或者價格上漲。消費者遞交的報告將公佈在“藥品價格透明化計畫”的網站 (<http://dfr.oregon.gov/drugtransparency>) 上, 還可能被編入年度報告中, 展示給俄勒岡立法機關。您的回復及個人識別資訊將以匿名方式呈現。

應要求, 我們將為身心障礙者提供其他格式的檔, 或是其他語言版本。如果您有疑問, 希望協助報告, 或需要特殊通融, 請發送郵件至 [rx.prices@dcbsoregon.gov](mailto:rx.prices@dcbsoregon.gov), 撥打 503-947-7200 或 833-210-4560 (免費電話) 留言。

### 您的報告主題 ( 勾選一項或兩項 )

- 藥品價格上漲
- 藥品價格高

1. 請輸入您的郵政編碼: \_\_\_\_\_

2. 請從以下列表中選擇您的健康保險類別:

- 個人直接保險
- 公司
- 聯邦醫療補助 ( 俄勒岡州健康計畫、或協調護理組織 )
- 聯邦醫療保險
- 俄勒岡州教育工作者福利委員會 ( OEBC )
- 俄勒岡州健康保險交易市場 ( [Healthcare.gov](http://Healthcare.gov) )
- 公共僱員福利委員會 ( PEBC )
- 小型團保
- 未投保
- 其他: \_\_\_\_\_
- 不知道

3. 若選擇「個人直接保險」、「公司」、「OEBC」或「小型團保」:  
請選擇您的健康保險公司:

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

 <p>當地藥房 1234 主要街道 任何地區 美國 111111</p>	(800) 888-8888	 05504500555000	 服用此藥物期間，應避免長時間或過度暴 露於直射陽光和/或人造光。	<p><b>Rx</b> 使用處方替代品前，請先諮詢您的醫生或藥劑師。</p> <p>這藥物外表為黃色，橢圓形的藥片，上面一個刻劃 APO，另一個刻劃 7650。更多信息：BICOMVEX</p>
<p>0060013-134 號 好客戶 日期 01/01/2015</p> <p>好醫生 MD</p>				
<p>每天口服一片藥片 TRIAM/HCTZ 75-50 MG 藥片</p>				
<p>品牌藥：MAXZIDE 75-50 TAB MYLA 數量： NDC: 60505 5-2657-05</p>				
<p>重配次數：2次 至 11/10/2019 止</p>		<p>有效期限：11/2020</p>		

為方便回答以下問題，上圖已用紅色圈出藥物名稱、劑量和NDC（國家藥品代碼）。請[點此](#)瞭解關於如何閱讀藥品標籤的更多資訊。

4. NDC或處方藥的名稱 \_\_\_\_\_
5. 藥物劑量（例如：100毫克或是100毫升）\_\_\_\_\_
6. 包裝數量（例如：90丸或是1個管狀小瓶）\_\_\_\_\_
7. 關於您最近一次購買上述藥品的信息：
  - a 購買並領取藥品的日期？\_\_\_\_\_
  - b 支付的藥品費用？\_\_\_\_\_
  - c 藥房、醫藥機構的名稱？或是郵寄購買？\_\_\_\_\_
8. 如果您是報告藥品價格高，請略過此題。如果您是報告藥品價格上漲，請回答關於您**早先購買**上述藥品的資訊：
  - a 購買並領取藥品的日期？\_\_\_\_\_
  - b 支付的藥品費用？\_\_\_\_\_
  - c 藥房、醫藥機構的名稱？或是郵寄購買？\_\_\_\_\_
9. 您是否有使用任何優惠券或是透過任何援助計劃來降低處方藥的費用？
  - 沒有
  - 有
    - i. 社區或慈善組織援助計劃
    - ii. 製造商提供的優惠券
    - iii. 俄勒岡州處方藥計劃（OPDP）卡
    - iv. 患者援助計劃
    - v. 其他：\_\_\_\_\_
10. 請盡可能識別並指出您的處方藥的價格上漲原因為何：
  - 保險相關費用上漲（共付額、共同保險、自付額、處方集替換）
  - 非保險相關費用上漲
  - 不知道

11. 發出通知的原因 ( 請選擇多項 )

- 藥品費用比最後一次配藥的時候高。
- 費用的上漲使我對自己的財務狀況感到擔憂。
- 遇到年中處方集替換，導致需支付的費用上漲。
- 我無法支付此處方藥的費用。
- 其他：\_\_\_\_\_

**資源**

如果您在處方藥承保範圍方面遇到了問題，請撥打888-877-4894 ( 免費電話 ) 或發送電子郵件至DFR. [InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov](mailto:InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov)，聯絡商業和消費者服務部的消費者權益保護組。

任何人都可以免費報名參加ArrayRx 折扣卡計畫 ( 俄勒岡州處方藥計畫 )。此計畫可為未投保者或是為個人保險計劃承保範圍外的處方藥提供折扣。關於更多資訊，請撥打800-913-4284 ( 免費電話 )。

如果尚未投保，請訪問[OregonHealthCare.gov](http://OregonHealthCare.gov)，瞭解有關您可選擇的健康保險計劃的更多資訊。

**聯絡商業和消費者服務部 – 消費者權益保護**

888-877-4894 ( 免費電話 )

[DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov](mailto:DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov)

**俄勒岡州健康保險交易市場**

855-268-3767 ( 免費電話 )

[Info.marketplace@oregon.gov](mailto:Info.marketplace@oregon.gov)

**俄勒岡州健康計劃 – 俄勒岡衛生監管機關**

800-699-9075 ( 免費電話 )

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



Department of Consumer  
and Business Services