

消费者告知书 (在线和电话)

使用本表格, 向俄勒冈“药品价格透明化计划”报告某一处方药价格上涨或处方药价格高。请填写本表格, 并发送电子邮件至: rx.prices@dcbs.oregon.gov.

所有人都可报告处方药价格高或者价格上涨。消费者递交的报告将公布在“药品价格透明化计划”的网站 (<http://dfr.oregon.gov/drugtransparency>) 上, 还可能被编入年度报告中, 展示给俄勒冈立法机关。您的回复及个人识别信息将以匿名方式呈现。

应要求, 我们将为身心障碍者提供其他格式的文件, 或是其他语言版本。如果您有疑问, 希望协助报告, 或需要特殊通融, 请发送邮件至rx.prices@dcbs.oregon.gov, 拨打503-947-7200或833-210-4560 (免费电话) 留言。

您的报告主题 (勾选一项或两项)

- 药品价格上涨
- 药品价格高

1. 请输入您的邮政编码: _____

2. 请从以下列表中选择您的健康保险类别:

- 个人直接保险
- 雇主
- 联邦医疗补助 (俄勒冈州健康计划、或协调护理组织)
- 联邦医疗保险
- 俄勒冈州教育工作者福利委员会 (OEBC)
- 俄勒冈州健康保险交易市场 (Healthcare.gov)
- 公共雇员福利委员会 (PEBC)
- 小型团保
- 未投保
- 其他: _____
- 不知道

3. 若选择“个人直接保险”、“雇主”、“OEBC”、“PEBC”或“小型团保”:
请选择您的健康保险公司:

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

 <p>当地药房 1234 主要街道 任何地区 美国 111111</p>	<p>(800) 888-8888</p>	 <p>服用本药物期间，应避免长时间或过度暴露于直射阳光和/或人造光。</p>	<p>Rx 使用监督药品前，请先咨询您的医生或药剂师。</p>
<p>0060013-134 号 好客户</p>	<p>好医生 MD</p>		
<p>日期 01/01/2015</p>	<p>每天口服一片药片 TRIAM/HCTZ 75-50 MG 药片</p>	<p>05504500555000</p>	<p>这药物外表为黄色、椭圆形药片，上面一侧刻有“AP0”，另一侧刻有“7669”。更多信息：BICOMFEX</p>
<p>品牌药：MAXZIDE 75-50 TAB MYLA</p>	<p>数量： NDC: 60505 5-2657-05</p>		
<p>重配次数：2次 至 11/10/2019 止</p>	<p>有效期限：11/2020</p>		

为方便回答以下问题，上图已用红色圈出药物名称、剂量和NDC（国家药品代码）。请[点此](#)了解关于如何阅读药品标签的更多信息。

4. NDC或处方药的名称 _____
5. 药物剂量（例如：100毫克或是 100 毫升） _____
6. 包装数量（例如：90丸或是 1 个管状小瓶） _____
7. 关于您**最近一次购买**上述药品的信息：
 - a 购买药品的日期? _____
 - b 支付的药品费用? _____
 - c 药房、医药机构的名称? 或是**邮购**购买? _____
8. 如果您是报告药品价格高，请略过此题。如果是您报告药品价格上涨，请回答关于您**早先**购买上述药品的信息：
 - a 购买药品的日期? _____
 - b 支付的药品费用? _____
 - c 药房、医药机构的名称? 或是**邮寄**购买? _____
9. 您是否有使用任何优惠券或是透过任何援助计划来降低处方药的费用?
 - 没有
 - 有
 - i. 社区或慈善组织援助计划
 - ii. 制造商提供的优惠券
 - iii. 俄勒冈州处方药计划（OPDP）卡
 - iv. 患者援助计划
 - v. 其他: _____

10. 请尽可能识别并指出您的处方药的价格上涨原因为何：

- 保险相关费用上涨（共付额、共同保险、自付额、处方集替换）
- 非保险相关费用上涨
- 不知道

11. 发出通知的原因（请选择多项）

- 药品费用比最后一次配药的时候高。
- 费用的上涨使我对自己的财务状况感到担忧。
- 遇到年中处方集替换，导致需支付的费用上涨。
- 我无法支付此处方药的费用。
- 其他： _____

资源

如果您在处方药承保范围方面遇到了问题，请拨打 888-877-4894（免费电话）或发送电子邮件至 DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov，联系商业和消费者服务部的消费者权益保护组。

任何人都可以免费报名参加ArrayRx 折扣卡计划（[俄勒冈州处方药计划](#)）。此计划可为未投保者或是为个人保险计划承保范围外的处方药提供折扣。关于更多信息，请拨打800-913-4284（免费电话）。

如果尚未投保，请访问OregonHealthCare.gov，了解有关您可选择的健康保险计划的更多信息。

联系商业和消费者服务部 – 消费者权益保护

888-877-4894（免费电话）

DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov

俄勒冈州健康保险交易市场

855-268-3767（免费电话）

Info.marketplace@oregon.gov

俄勒冈州健康计划 – 俄勒冈卫生监管机关

800-699-9075（免费电话） | (711 TTY) ——ONE客户服务中心

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



Department of Consumer
and Business Services