

Notificación de los consumidores (en línea y por teléfono)

Utilice este formulario para informar al Programa de Transparencia en el Precio de los Medicamentos sobre un aumento del costo de un medicamento con receta o un costo alto de un medicamento con receta. Llene este formulario y envíelo por correo electrónico a: rx.prices@dcbs.oregon.gov.

Todos los miembros del público pueden notificar sobre un costo alto o un aumento en el costo de los medicamentos. Las notificaciones de los consumidores que son recibidas por el programa son publicadas en el sitio web del Programa de Transparencia en el Precio de los Medicamentos (<https://dfr.oregon.gov/drugtransparency>) y pueden ser utilizados en el informe anual de la Legislación de Oregón. Sus respuestas y cualquier información personal identificable se mantendrán anónimas.

Este formulario se puede entregar, con una solicitud previa, en un formato alterno para individuos con discapacidades o en otro idioma. Si tiene preguntas sobre la accesibilidad o para solicitar una adaptación, envíe un correo electrónico a rx.prices@dcbs.oregon.gov o deje un mensaje al 503-947-7200 o al 833-210-4560 (línea sin costo)..

¿Qué es lo que informa? (Marque uno o ambos cuadros)

- Un aumento en el costo de un medicamento
- Un medicamento de alto costo

1. Por favor, ingrese su código postal: _____

2. Por favor, seleccione el tipo de seguro médico que recibió de la lista de abajo:

- Individual directo
- Empleador
- Medicaid (Plan Médico de Oregón u Organización de Cuidado Coordinado)
- Medicare
- Consejo de Beneficios de Educadores de Oregón (OEBB)
- Mercado de Seguros Médicos de Oregón (Healthcare.gov)
- Consejo Público de Beneficios para Empleados (PEBB)
- Grupo pequeño
- No asegurado
- Otro: _____
- Desconoce

3. Si seleccionó seguro individual, ofrecido por el empleador, OEBB, PEBB o de grupo pequeño:
Por favor, seleccione su aseguradora:

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

 <p>Farmacia Local Calle Primera 1234 Donde sea, USA 1111</p>	<p>(800) 888-8888 El Mejor Doctor</p>	 <p>Rx CONSULTE CON SU MEDICO O FARMACEUTA ANTES DE CONSUMIR SUSTITUTOS DE LA SAL</p>
<p>NO 0060013-134 El Mejor Cliente</p>		<p>ESTE MEDICAMENTO ES UNA TABLETA AMARILLA DE FORMA OVALADA Y RANURADA CON LAS LETRAS APO IMPRESAS DE UN LADO Y LOS NUMEROS 7660 DEL OTRO LADO. INFORMACION ADICIONAL: BICONVEX</p>
<p>FECHA 01/01/2015</p>		<p>EVITE LA EXPOSICIÓN PROLONGADA O EXCESIVA A LA LUZ SOLAR, ARTIFICIAL Y/O DIRECTA MIENTRAS CONSUMA ESTE MEDICAMENTO.</p>
<p>Administrar una tableta diaria vía oral TRIAM/HCTZ 75-50 MG TABLETA</p>		<p>065504500555000</p>
<p>GENÉRICO DE: MAXZIDE 75-50 TAB MYLA CANT.: 90</p>	<p>NDC: 60505 5-2657-05</p>	
<p>REGARCAS: 2 hasta 11/10/2019</p>	<p>Usar antes de: 11/2020</p>	

Arriba se encuentra encerrado en un círculo rojo el nombre del medicamento, la dosis y el NDC (código nacional de medicamentos) para ayudar con las siguientes preguntas. Por favor, [haga clic aquí](#) para obtener más información sobre cómo leer las etiquetas de los medicamentos.

4. NDC o nombre del medicamento recetado: _____
5. Dosis del medicamento (ej.: 100 mg o 100 mL): _____
6. Cantidad de medicamento (ej.: 90 píldoras o 1 ampolla): _____
7. Para su **pago más reciente** del medicamento descrito arriba:
 - a Fecha en la cual pagó el medicamento _____
 - b Precio que pagó por el medicamento _____
 - c ¿En dónde recogió el medicamento? _____
8. Omita esta pregunta en caso de informar un medicamento de alto costo. Si informa sobre un aumento en el precio de un medicamento, responda lo siguiente en relación a su pago previo por el medicamento descrito arriba:
 - a Fecha en la que pagó el medicamento _____
 - b Precio que pagó por el medicamento _____
 - c Nombre de la farmacia, instalación, o servicio de orden por correo _____
9. Utilizó algún cupón o programa de asistencia para reducir el costo de su medicamento con receta?
 - No
 - Sí
 - i.i. Programa de asistencia comunitaria o de una organización de caridad
 - ii. Cupón del fabricante
 - iii. Tarjeta del Programa de Medicamentos Recetados de Oregón (OPDP)
 - iv. Programa de asistencia para pacientes
 - v. Otro: _____

10. De acuerdo con la información que maneja, ¿de dónde provino el aumento del costo de su medicamento recetado?
- Aumento de costo relacionado con el seguro (copago, coaseguro, deducible, cambio de formulario)
 - Aumento de costo no relacionado con el seguro
 - Desconoce

11. ¿Por qué está notificando este costo alto o aumento en el costo? (seleccione todas las alternativas aplicables)

- El costo aumentó desde la última vez que surtí mi receta.
- El aumento de costo me está causando estrés sobre mis finanzas personales.
- Tuve un cambio de formulario a mitad de año que aumentó mi costo.
- Tengo problemas con un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- No puedo pagar el costo de este medicamento con receta.
- Otro: _____

Recursos

Si está teniendo problemas con su seguro con respecto a la cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con el Equipo de Apoyo a los Consumidores de DCBS al 888-877-4894 (línea sin costo) o al email DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov.

Cualquiera puede inscribirse gratuitamente al [Programa de Tarjeta de Descuento ArrayRx \(Programa de Medicamentos Recetados de Oregón\)](#), el cual puede ofrecer descuentos sobre medicamentos recetados para quienes no tienen seguro o para medicamentos que no están cubiertos por seguro de un individuo. Para obtener más información, llame al 800-913-4284 (línea sin costo).

Si no cuenta con un seguro, visite OregonHealthCare.gov para obtener más información sobre los planes de seguro médico que podrían estar disponibles para usted.

Apoyo para los Consumidores de DCBS

888-877-4894 (línea sin costo)
DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov

Mercado de Seguros Médicos de Oregón

855-268-3767 (línea sin costo)
Info.marketplace@dhsosha.state.or.us

Plan de Salud de Oregón – Autoridad de Salud de Oregón

800-699-9075 (línea sin costo) | (711 TTY) – ONE Centro de Servicio al Cliente
<https://one.oregon.gov/>