

## 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](mailto: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](mailto: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](http://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

05504500555000

РЕЦЕПТ    ПЕЖОНСДЛПРДРДТЕСЬ    С    ВАШИН  
 ВРАЧОМ    ИЛИ    ФАРМАЦЕВТОМ    ПЕРФЕД  
 ПРИМЕНЕНИЕМ ЗАМЕСТИТЕЛЯ 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 ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ

ИЗБЕГАЙТЕ    ДИПТИКАТО  
 ВОЗДЕЙСТВИЯ    ЕСТЕСТВЕННОГО  
 ИЛИЛИ    КОЖУСТВЕННОГО  
 ИСТОЧНИКА    СВЕТА    ВО    ВРЕМЯ  
 ПРИЕМА ДАННОГО ЛЕКАРСТВА.

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

### Биржа медицинского страхования штата Орегон

855-268-3767 (бесплатно)

[info.marketplace@dhsosha.state.or.us](mailto: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