



**说明：**

- 填写本表格。请尽量详细。以黑色墨水清晰整洁打印。
- 随附或附加有关您交易的所有相关文件。不要发来原件！

提交人类型（圈选一项）： 个人/实体

姓名：

电子邮件地址：

电话号码：

街道地址：

城市、州、邮编：

注意：您的健康保险信息将帮助我们对于您所经历的价格快速增长实施准确分析。

您有健康保险吗（圈选一项）？ 是/否

您投保的是哪家公司？

您 保险卡上显示的保险或参保身份识别号码是什么？

药品的全国药品编码可以在产品标签或药品说明书上找到。全国药品编码应该是带有连字符的数字。如果您无法找到想要举报的药物的全国药品编码，您可以在全国药品编码网站[www.fda.gov](http://www.fda.gov)上查找。

全国药品编码（NDC）：

药品名称：

就药品收取高价的实体名称是什么？

该实体的联系信息：

该实体的网站：

您（或您的公司）是否自身被收取或报价了该药品价格（圈选一项）？ 是/否

如为否，您从何处了解到的价格增长？

起始价格为价格快速增长之前，您所见到、获提供或者购买的药品原先较低的价格。这必须是价格快速增长前12个月期间的价格。您应当使用在快速增长前12个月中您看到、被报价或为药品支付的最低价格。

起始价格：美元

起始价格日期：

快速增长价格为您看到、被报价或为药品支付的较高的新价格。如价格较起始价格增长50%，达到超过5美元的价格，则价格的变化可构成快速增长。

快速增长价格：美元

快速增长价格日期：

请尽可能提供发生的或您所经历的、您所了解的及您如何了解的细节。您的回答应当说明为什么本部门应当调查该价格快速增长。

药品价格快速增长的说明：

**请在下方签字之前阅读以下内容：**提交本表格，即表明本人了解金融服务部并非本人的私人代理人，而是代表公众执法，旨在保护公众免于误导或非法商业操作。本人也了解，如果本人有关于本人合法权利或责任的任何问题，本人应该与私人律师联系。本人对于向机构递交的本投诉的内容或者接收本投诉的人士没有异议。据本人所知，上述投诉是真实准确的。

本人确认本投诉的内容属实。（本文件中作出的虚假说明可依照《刑法》第 210.45 款作为 A 级轻罪予以处罚。）

姓名：\_\_\_\_\_ 签字：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

随附或附加与您投诉相关的任何文件副本（合同、账单、取消的支票、函件等）不要发来原件。

邮寄到: New York State Department of Financial Services, Attention OPB, 1 Commerce Plaza, Albany, NY 12257