



استمارة الإبلاغ عن ارتفاع أسعار الأدوية

تعليمات:

- أكمل هذه الإستمارة. اكتب مفصلاً قدر الإمكان. اطلع بوضوح شديد ودقة بالحبر الداكن.
- أرفق نسخاً من جميع المستندات المتعلقة بمعاملتك. لا ترسل نسخاً أصلية!

نوع المرسل (ضع دائرة حول واحد): فرد / شركة

الإسم:

عنوان البريد الإلكتروني:

أرقام الهاتف (الهواتف):

عنوان الشارع:

رمز المدينة والولاية:

ملاحظة: ستساعدنا معلومات التأمين الصحية الخاصة بك في إجراء تحليل دقيق لارتفاع الأسعار الذي عانيت منها.

هل لديك تأمين صحي (ضع دائرة حول واحد)؟ نعم / لا

ما هي الشركة التي تأمينك الصحي لديها؟

ما هو رقم التأمين الخاص بك أو رقم هوية المشترك المطبوع على بطاقة التأمين الخاصة بك؟

يمكن العثور على رمز الدواء الوطني للدواء على ملصق المنتج وعلى نشرة العبوة. يجب أن يكون رمز الدواء الوطني رقمياً بواصلة واحدة. إذا كنت لم تتمكن من تحديد رمز الدواء الوطني الذي تريد الإبلاغ عنه ، فيمكنك البحث عنه على موقعه www.fda.gov

قانون الدواء الوطني (أن دي سي) :

اسم الدواء:

ما اسم الجهة التي تتقاضى سعراً أعلى للدواء؟

معلومات الاتصال الخاصة بالجهة:

موقع الجهة:

هل تم تحصيل رسوم منك (أو لشركتك) شخصياً أو عرضت هذا السعر (ضع دائرة حول واحد)؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة لا ، من أين علمت بارتفاع الأسعار؟

سعر البداية هو السعر الأصلي الأقل للدواء الذي شاهده، أو تم عرضه، أو شرائه قِبل ارتفاع السعر. يجب أن يكون هذا السعر خلال فترة 12 شهرًا التي تسبق ارتفاع الأسعار مباشرة. يجب عليك استخدام أقل سعر شاهده، أو تم عرضه، أو دفعه مقابل العقار في 12 شهرًا من ارتفاع الأسعار.

السعر المبدئي: دولار

تاريخ بداية السعر:

ارتفاع مفاجئ في الأسعار هو السعر الجديد الأعلى الذي رأيته أو تم عرضه أو دفعه مقابل الدواء. يعتبر التغيير في السعر بمثابة ارتفاع مفاجئ إذا زاد بنسبة 50٪ عن سعر البداية، إلى سعر يزيد عن 5 دولارات.

ارتفاع مفاجئ في الأسعار : دولار

تاريخ ارتفاع مفاجئ في الأسعار:

يرجى تقديم أكبر قدر ممكن من التفاصيل حول ما حدث أو ما مررت به ، وما تعلمته وكيف تعلمته. يجب أن توضح إجابتك يعنى سبب قيام الإدارة بالتحقيق في ارتفاع الأسعار هذا.

وصف ارتفاع الدواء:

اقرأ ما يلي قبل التوقيع أدناه: عند تقديم هذه الإستمارة، أدرك أن إدارة الخدمات المالية ليست محامي الخاص ولكنها تمثل الجمهور في إنفاذ القوانين المصممة لحماية الجمهور من الممارسات التجارية المضللة أو غير القانونية. أفهم أيضًا أنه إذا كان لدي أي أسئلة تتعلق بحقوقى أو مسؤولياتى القانونية ، فيجب علي أن أتصل بمحامٍ خاص. ليس لدي أي اعتراض على إحالة محتويات هذا الشكوى إلى المؤسسة أو الشخص الذي يتم توجيه الشكوى ضده. الشكوى أعلاه صحيح ودقيق على حد علمي.

أؤكد أن محتويات هذا الشكوى صحيحة. (البيانات الكاذبة الواردة في هذه الوثيقة يُعاقب عليها بصفقتها جنحة من الدرجة الأولى وفقًا للقسم رقم 210.45 من قانون العقوبات).

الإسم: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

أرفق نسًا من أي مستندات تتعلق بشكواك (العقود ، الفواتير ، الشيكات الملغاة ، المراسلات ، إلخ).

أرسل الإستمارة المكتملة بالبريد الإلكتروني إلى: إدارة ولاية نيويورك للخدمات المالية، لعناية أو بي بي، 1 كوميرس بلازا، ألباني، نيويورك

12257

3500-709 (212) | WWW.DFS.NY.GOV