



# Drug Price Spike Reporting Form

## Les instructions :

- Remplissez ce formulaire. Soyez aussi détaillé que possible. Écrivez très clairement et proprement à l'encre sombre.
- Joignez ou attachez des copies de tous les documents relatifs à votre transaction. N'envoyez pas d'originaux !

Type de soumissionnaire ( entourer un ) : Individu / Entité

---

Nom:

---

Email Adresse:

---

Numéro de téléphone (s):

---

Adresse de la rue:

---

Ville, état, code postal:

---

Remarque : Les informations relatives à votre assurance maladie nous aideront à effectuer une analyse précise de la hausse de prix que vous avez subie.

---

Avez-vous une assurance maladie (encerclez-en une) ? Oui / Non

---

Dans quelle compagnie êtes-vous assuré ?

---

Quel est votre numéro d'assurance ou de participant figurant sur votre carte d'assurance ?

---

Le code national des médicaments (NDC) d'un médicament se trouve sur l'étiquette du produit et sur la notice. Le NDC doit être numérique et comporter un trait d'union. Si vous ne parvenez pas à trouver le NDC du médicament que vous souhaitez déclarer, vous pouvez le consulter sur le site internet du NDC à l'adresse suivante [www.fda.gov](http://www.fda.gov).

---

Code national des médicaments (NDC) :

---

Nom du médicament :

---

Quel est le nom de l'entité qui pratique un prix plus élevé pour le médicament ?

---

Informations de contact pour l'entité :

---

Site internet de l'entité :

---

Avez-vous (ou votre entreprise) été personnellement facturé ou cité à ce prix pour ce médicament (encerclez-en une) ? Oui / Non

---

Si non, où avez-vous appris l'augmentation des prix ?

---

Le prix de départ est le prix initial, le plus bas, du médicament que vous avez vu, qui vous a été offert ou que vous avez acheté avant la montée en flèche du prix. Il doit s'agir d'un prix pratiqué au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement la montée en flèche du prix. Vous devez utiliser le prix le plus bas que vous avez vu, que l'on vous a offert ou que vous avez payé pour le médicament au cours des 12 mois précédant la montée en flèche.

Prix initial: \$

Date du prix initial:

Le prix de la montée en flèche est le nouveau prix, plus élevé, que vous avez vu, qu'on vous a offert ou que vous avez payé pour le médicament. Un changement de prix est considéré comme une flambée s'il a augmenté de 50 % par rapport au prix initial, pour atteindre un prix supérieur à 5 \$.

Prix de pointe: \$

Date du prix de la pointe:

Veillez fournir autant de détails que possible sur ce qui s'est produit ou ce que vous avez vécu, ce que vous avez appris et comment vous l'avez appris. Votre réponse devrait décrire pourquoi le ministère devrait enquêter sur cette montée des prix.

Description de la montée en puissance du médicament :

**LIRE CE QUI SUIT AVANT DE SIGNER CE QUI CI-DESSOUS:** En soumettant ce formulaire, je comprends que le Département des services financiers n'est pas mon avocat privé, mais qu'il représente le public en appliquant les lois conçues pour protéger le public contre les pratiques commerciales trompeuses ou illégales. Je comprends également que si j'ai des questions concernant mes droits ou responsabilités juridiques, je dois contacter un avocat privé. Je n'ai aucune objection à ce que le contenu de cette plainte soit transmis à l'institution ou à la personne contre laquelle la plainte est dirigée. La plainte ci-dessus est vraie et exacte au meilleur de ma connaissance.

**J'affirme que le contenu de cette plainte est vrai (les fausses déclarations faites dans ce document sont punissables comme un délit de classe A conformément à la section 210.45 de la loi pénale).**

Nom: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**attachez ou joignez des copies de tous les documents relatifs à votre plainte (contrats, factures, chèques annulés, correspondance, etc.) ; n'envoyez pas d'originaux.**

**Envoyez le formulaire rempli à Département des services financiers de l'État de New York, Attention OPB, 1 Commerce Plaza, Albany, NY 12257**