



## Modulo di Reclamo per Aumento di Prezzo dei Farmaci

### Istruzioni:

- Compilare il modulo, nel modo più dettagliato possibile. Stamparlo in modo chiaro con inchiostro scuro.
- Includere o allegare le copie di tutti i documenti relativi alla transazione. Non inviare gli originali!

Tipo Richiedente (cerchiare): Individuale / Ente

---

Nome:

---

Email:

---

Numero(i) di Telefono:

---

Indirizzo:

---

Città, CAP:

---

Nota: Le informazioni di assicurazione sanitaria ci aiuteranno a effettuare un'analisi accurata dell'aumento di prezzo che hai riscontrato.

---

Possiedi un'assicurazione sanitaria (cerchiare)? Sì / No

---

Con quale compagnia assicurativa hai stipulato la polizza?

---

Qual è il numero della tessera di assicurazione sanitaria tua o del partecipante?

---

Il National Drug Code (Codice Nazionale dei Farmaci) si trova sull'etichetta del prodotto e sul foglietto illustrativo. Il codice è costituito da un numero e un trattino. Se non trovi il codice, puoi cercarlo sul sito di NDC [www.fda.gov](http://www.fda.gov).

---

National Drug Code (NDC):

---

Nome Farmaco:

---

Qual è il nome dell'ente che ha applicato un prezzo più alto al farmaco?

---

Informazioni di Contatto dell'ente:

---

Sito web dell'ente:

---

Il prezzo è stato applicato o preventivato a te personalmente (o la tua compagnia) (cerchiare)? Sì / No

---

Se No, dove hai appreso dell'aumento di prezzo?

---

Il Prezzo Iniziale è il prezzo *originale, più basso* del farmaco che hai visto, ti è stato offerto, o hai acquistato *prima* dell'aumento. Questo prezzo deve essere entro un periodo di 12 mesi immediatamente precedente all'aumento. Devi utilizzare il prezzo più basso che hai visto, ti è stato offerto, o hai pagato per il farmaco nei 12 mesi precedenti all'aumento.

Prezzo Iniziale: \$

Data Prezzo Iniziale:

L'Aumento di Prezzo è il prezzo *nuovo, più alto* che hai visto, ti è stato offerto, o hai pagato per il farmaco. Una variazione di prezzo si qualifica come aumento se è incrementato del 50% più del prezzo iniziale, a un prezzo al di sopra dei \$5.

Aumento di Prezzo: \$

Data Aumento di Prezzo:

Si prega di fornire i maggiori dettagli possibili su quanto si è verificato o hai riscontrato, quanto hai appreso e come lo hai appreso. La risposta deve descrivere perché il Dipartimento dovrebbe investigare l'aumento di questo prezzo.

Descrizione dell'Aumento di Prezzo del Farmaco:

**LEGGERE PRIMA DI FIRMARE:** Presentando questo modulo, comprendo che il Dipartimento dei Servizi Finanziari non costituiscono la mia parte legale ma rappresentano il pubblico nell'applicazione delle leggi stabilite per proteggere il pubblico da condotte professionali non corrette o illecite. Comprendo inoltre che, in caso di domande relative ai miei diritti o responsabilità legali, devo contattare un legale. Non ho obiezioni riguardo il contenuto del presente reclamo da inoltrare all'istituzione o persona a cui si riferisce. Il suddetto reclamo è veritiero e accurato per quanto di mia conoscenza.

**Attesto che il contenuto di questo reclamo è veritiero. (Le dichiarazioni mendaci in questo documento sono perseguibili come reati di classe A secondo la sezione 210.45 del Codice Penale.)**

Nome: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**ATLEGARE O INCLUDERE LE COPIE DI TUTTI I DOCUMENTI RELATIVI AL RECLAMO (CONTRATTI, RICEVUTE, ASSEgni ANNULLATI, CORRISPONDENZA, ECC.) NON INVIARE GLI ORIGINALI.**

**Inviare il modulo compilato a:** New York State Department of Financial Services, Attention OPB, 1 Commerce Plaza, Albany, NY 12257