



의약품 가격 급등 보고 양식

지시사항:

- 본 양식을 온전히 작성하십시오. 가능한 한 자세히 서술하십시오. 검정 잉크로 분명하고 깔끔하게 정자로 기입하십시오.
- 거래에 관한 모든 관련 서류의 사본을 동봉 또는 첨부하십시오. 원본을 보내서는 안 됩니다!

제출자 유형 (동그라미표 하십시오): 개인 / 법인

이름:

이메일 주소:

전화번호:

도로명 주소:

도시, 주 우편번호:

주의: 귀하의 건강 보험 정보는 귀하가 경험한 가격 급등을 정확히 분석하는 데에 도움이 됩니다.

건강 보험을 가지고 있습니까? (동그라미표 하십시오) 예 / 아니오

어느 회사의 보험을 가지고 있습니까?

귀하의 보험 카드에 있는 보험 또는 참가자 ID 번호는 무엇입니까?

의약품에 대한 National Drug Code가 제품 라벨 및 포장 삽지에 있습니다. NDC는 하나의 하이픈(-)이 포함된 숫자로 표기됩니다. 보고하기를 원하는 의약품의 NDC를 찾을 수 없다면, NDC 웹사이트 www.fda.gov 에서 검색할 수 있습니다.

National Drug Code (NDC):

의약품 이름:

해당 의약품에 대해 더 높은 가격을 청구하는 법인체의 이름은 무엇입니까?

법인체의 연락처:

법인체의 웹사이트:

귀하 (또는 귀사)가 직접 해당 약품의 가격을 청구 또는 견적 받았습니까? 예 / 아니오

아니라면, 가격 인상에 대해 알게 된 출처는 어디입니까?

시작가 (Starting Price)는 가격 급등 전에 귀하가 확인했거나, 제공받았거나 또는 구매한 해당 의약품의 원래, 더 낮은 가격을 말합니다. 가격 급등 직전 12개월 이내의 가격이어야 합니다. 가격 급등 이전 12개월 이내에 귀하가 확인했거나, 제공받았거나 또는 지불한 해당 의약품의 최저가를 써야 합니다.

시작가: \$

시작가 일자:

급등가 (Spike Price)는 귀하가 확인했거나, 제공받았거나 또는 지불한 해당 의약품의 새로운, 더 높은 가격을 말합니다. 가격이 \$5 이상이고, 시작가보다 50% 인상한 경우, 가격 변동을 급등으로 규정합니다.

급등가: \$

급등가 일자:

발생한 일이나 경험한 일, 알게 된 사실과 경위를 가능한 한 자세히 서술해 주십시오. 당국이 본 가격 급등을 조사해야 하는 이유를 답변에서 설명하셔야 합니다.

가격 인상에 대한 설명:

아래에 서명하기 전 다음 내용을 읽으십시오: 본 양식을 제출함으로써, 나는 금융서비스국 (Department of Financial Services)이 나의 개인 변호인이 아니라, 오도하거나 불법적인 사업 관행으로부터 대중을 보호하고자 만들어진 법을 집행함에 있어, 대중을 대표한다는 것을 이해합니다. 나는 또한 나의 법적 권리나 책임에 관한 질문이 있을 경우, 나의 개인 변호인에게 연락해야 한다는 것을 알고 있습니다. 이 신고서가의 내용이 이해 관계의 상대방인 기관 또는 개인에게 전달되는 것에 대하여 이의가 없습니다. 상기 신고는 본인이 알고 있는 한도 내에서 사실이고 정확합니다.

본 신고의 내용이 사실임을 확인합니다. (본 문서에 거짓 진술이 있는 경우, 형법 210.45 항에 의거하여 A급 경범죄로서 처벌 대상입니다.)

이름: _____ 서명: _____ 일자: _____

귀하의 신고에 관련된 모든 문서의 사본을 첨부 또는 동봉하십시오 (계약서, 청구서, 취소된 수표, 서신 등) 원본을 보내서는 안 됩니다.

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