



Formularz do zgłaszania wzrostu cen leków

Instrukcje:

- Wypełnij ten formularz. Bądź tak szczegółowy, jak to możliwe. Drukuj bardzo wyraźnie i starannie ciemnym atramentem.
- Załącz lub załącz kopie wszystkich powiązanych dokumentów dotyczących Twojej transakcji. Nie wysyłaj oryginałów!

Typ zgłaszającego (zaznacz jeden): Indywidualny/Podmiot

Imię i Nazwisko:

Adres e-mail:

Numer(y) Telefoniczny(e):

Ulica:

Miasto, kod pocztowy:

Uwaga: Twoje informacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego pomogą nam przeprowadzić dokładną analizę odnotowanego przez Ciebie skoku cen.

Czy masz ubezpieczenie zdrowotne (zaznacz jedno)? Tak / Nie

W jakiej firmie masz ubezpieczenie?

Jaki jest twój numer ubezpieczenia lub identyfikator uczestnika widniejący na twojej karcie ubezpieczeniowej?

Narodowy Kodeks Leków dla leku można znaleźć na etykiecie produktu i na ulotce dołączonej do opakowania. NDC powinien być numeryczny z jednym łącznikiem. Jeśli nie jesteś w stanie zlokalizować NDC leku, który chcesz zgłosić, możesz sprawdzić go na stronie internetowej NDC pod adresem www.fda.gov.

Narodowy Kodeks Leków (NDC):

Nazwa leku:

Jak nazywa się podmiot, który pobiera wyższą cenę za lek?

Dane kontaktowe podmiotu:

Strona internetowa podmiotu:

Czy Ty (lub Twoja firma) była osobiście obciążona podaną ceną za ten lek (zaznacz jeden)? Tak / Nie

Jeśli nie, gdzie dowiedzieliś się o wzroście ceny?

The Starting Price is the *original, lower* price for the drug you saw, were offered, or purchased *before* the spike in price. This must be a price within the 12-month period immediately preceding the price spike. You should use the lowest price you saw, were offered, or paid for the drug in the 12-month preceding the spike.

Starting Price: \$

Starting Price Date:

The Spike Price is the *new, higher* price you saw, were offered, or paid for the drug. A change in price qualifies as a spike if it has increased by 50% over the starting price, to a price over \$5.

Spike Price: \$

Spike Price Date:

Please provide as much detail as possible about what occurred or what you experienced, what you have learned and how you have learned it. Your answer should describe why the Department should investigate this price spike.

Description of Drug Spike:

READ THE FOLLOWING BEFORE SIGNING BELOW: In submitting this form, I understand that the Department of Financial Services is not my private attorney but represents the public in enforcing laws designed to protect the public from misleading or unlawful business practices. I also understand that if I have any questions concerning my legal rights or responsibilities, I should contact a private attorney. I have no objection to the contents of this complaint being forwarded to the institution or person the complaint is directed against. The above complaint is true and accurate to the best of my knowledge.

I affirm that the contents of this complaint are true. (False statements made in this document are punishable as a class A misdemeanor pursuant to section 210.45 of the Penal Law.)

Name: _____ Signature: _____ Date: _____

ATTACH OR ENCLOSE COPIES OF ANY DOCUMENTS THAT RELATE TO YOUR COMPLAINT (CONTRACTS, BILLS, CANCELLED CHECKS, CORRESPONDENCE, ETC.) DO NOT SEND ORIGINALS.

Mail completed form to: New York State Department of Financial Services, Attention OPB, 1 Commerce Plaza, Albany, NY 12257.