



ادویات کی قیمت میں اضافے کی رپورٹ کا فارم

ہدایات:

- یہ فارم مکمل کریں۔ جس قدر ممکن ہو، تفصیلی وضاحت فراہم کریں۔ جلی حروف میں اور گہری روشنائی کے ساتھ نہایت واضح اور صاف طور پر تحریر کریں۔
- اپنی ٹرانزیکشن کے حوالے سے تمام تر متعلقہ دستاویزات کی نقول لف یا منسلک کریں۔ اصل دستاویزات ارسال نہ کریں!

جمع کنندہ کی قسم (ایک کے گرد دائرہ لگائیں): فرد / ادارہ

نام:

ای میل ایڈریس:

فون نمبر (نمبرز):

گلی کا پتہ:

شہر، ریاستی زپ:

نوٹ: آپ کی بیمہ صحت کی معلومات ہمیں قیمتوں میں ایسے اضافے کا درست تجزیہ کرنے میں مدد دیں گی جس کا آپ کو تجربہ ہوا ہو۔

کیا آپ بیمہ صحت کے حامل ہیں (ایک کے گرد دائرہ لگائیں)؟ جی ہاں / جی نہیں

آپ کا بیمہ کس کمپنی کے ساتھ ہے؟

آپ کا بیمہ یا شرکت کنندہ ID نمبر کیا ہے جو آپ کے بیمہ کارڈ پر ظاہر ہوتا ہے؟

کسی دوا کے لیے قومی ضابطہ برائے ادویات (National Drug Code) پراڈکٹ کے لیبل پر اور پیکج میں موجود پرچے پر دیکھا جا سکتا ہے۔ NDC ایک ہائفن (نشان ربط) کے ساتھ عدد پر مشتمل ہونا چاہیے۔ اگر آپ اس دوا کی NDC نہیں ڈھونڈ سکتے جس کی آپ رپورٹ کرنا چاہتے ہیں، تو آپ اسے NDC کی www.fda.gov ویب سائٹ پر دیکھ سکتے ہیں۔

قومی ضابطہ برائے ادویات (National Drug Code, NDC):

دوا کا نام:

اس ادارے کا نام کیا ہے جو دوا کی بہت زیادہ قیمت وصول کر رہا ہے؟

مذکورہ ادارے کی رابطے کی معلومات:

مذکورہ ادارے کی ویب سائٹ:

کیا آپ (یا آپ کی کمپنی) سے ذاتی طور پر اس دوا کی یہ قیمت یا نرخ وصول کیا گیا (ایک کے گرد دائرہ لگائیں)؟ جی ہاں / جی نہیں

اگر نہیں، تو آپ کو قیمت میں اضافے کا علم کہاں سے ہوا؟

ابتدائی قیمت دوا کی **وہ اصل، کم قیمت ہے**، جو آپ نے دیکھی، جس پر وہ آپ کو پیش کی گئی، یا قیمت میں اضافہ ہونے سے جس قیمت پر وہ پہلے خریدی گئی تھی۔ یہ قیمت، قیمت میں اضافے سے بالکل پہلے سے لے کر 12 ماہ قبل کے اندر ہونی چاہیے۔ آپ کو قیمت میں اضافے سے 12 ماہ قبل کے عرصے کے اندر دوا کی سب سے کم قیمت بیان کرنی چاہیے، جو آپ نے دیکھی، جس پر یہ فروخت کی گئی، یا اس کی قیمت ادا کی گئی۔

ابتدائی قیمت: \$

ابتدائی قیمت کی تاریخ:

دوا کی اضافہ شدہ قیمت **نئی، زیادہ** قیمت ہے، جو آپ کے مشاہدے میں آئی، جس پر دوا فروخت کی گئی، یا اس کی قیمت ادا کی گئی۔ قیمت میں تبدیلی اس وقت اضافہ تصور ہوتی ہے کہ اگر ابتدائی قیمت کے مقابلے میں اس میں 50%، یعنی \$5 سے زائد کا اضافہ ہو جائے۔

قیمت میں اضافہ: \$

اضافہ شدہ قیمت کی تاریخ:

براہ کرم اس بارے میں ممکنہ طور پر زیادہ سے زیادہ تفصیل فراہم کریں کہ کیا ہوا یا آپ کو کس چیز کا تجربہ ہوا، آپ کو کیا معلومات اور کیسے حاصل ہوئیں۔ آپ کے جواب میں یہ وجہ بیان ہونی چاہیے کہ متعلقہ محکمے کو قیمت میں اس اضافے کی تحقیق کیوں کرنی چاہیے۔

دوا کی قیمت میں اضافے کا بیان:

ذیل میں دستخط کرنے سے پہلے درج ذیل کو پڑھ لیں: اس فارم کا اندراج کرنے میں، میں سمجھتا ہوں کہ محکمہ برائے مالیاتی سروسز (Department of Financial Services) میرا نجی وکیل نہیں، بلکہ وہ ایسے قوانین کے نفاذ میں عوام کی نمائندگی کرتا ہے، جو گمراہ کن یا غیر قانونی کاروباری سرگرمیوں سے عوام کو تحفظ فراہم کرنے کی خاطر مرتب کیے گئے ہیں۔ میں اس بات کو بھی سمجھتا ہوں کہ اگر اپنے قانونی حقوق یا ذمہ داریوں کے حوالے سے میرے کوئی سوالات ہوں، تو مجھے کسی نجی وکیل سے رابطہ کرنا چاہیے۔ مجھے اس ادارے یا شخص کو اس شکایت کے مشمولات بھیجے جانے پر کوئی اعتراض نہیں، جس کے خلاف شکایت کی گئی ہے۔ مذکورہ بالا شکایت میرے بہترین علم کے مطابق سچی اور درست ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس شکایت کے مشمولات صداقت پر مبنی ہیں۔ (تعزیری قانون کے سیکشن 210.45 کی رو سے درجہ A مواخذہ جرم کے بطور اس دستاویز میں دیا گیا جھوٹا بیان لائق سزا فعل ہے۔)

تاریخ:

دستخط:

نام:

کسی بھی ایسی دستاویزات کی نقول منسلک یا لف کریں جو آپ کی شکایت سے متعلق ہوں (معاهدات، پلر، منسوخ شدہ چیکس، مراسلت وغیرہ) اصل دستاویزات ارسال نہ کریں۔

New York State Department of Financial Services, Attention : **مکمل کردہ فارم بذریعہ ڈاک بھیجیں بنام:**
OPB, 1 Commerce Plaza, Albany, NY 12257

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