



Instrucciones:

- Complete este formulario. Debe ser tan detallado como sea posible. Escriba claro y prolijo con tinta oscura.
- Incluya o adjunte copias de todos los documentos relacionados con su transacción. ¡No envíe originales!

Tipo de remitente (encierre una opción en un círculo): Individuo/Entidad

Nombre:

Dirección de email:

Número(s) de teléfono:

Domicilio:

Ciudad, código postal de estado:

Nota: la información de su seguro médico nos ayudará a realizar un análisis preciso del aumento de precio que experimentó.

¿Tiene seguro médico (encierre una opción en un círculo)? Sí / No

¿Con qué compañía tiene su seguro?

¿Cuál es su número de seguro o de ID de participante que aparece en su tarjeta de seguro?

El Código Nacional de Medicamentos (NDC) de un medicamento se puede encontrar en la etiqueta del producto y en el prospecto. El NDC debe ser numérico con un guion. Si usted no puede encontrar el NDC del medicamento que quiere denunciar, puede buscarlo en el sitio web de NDC en www.fda.gov.

Código Nacional del Medicamento (NDC):

Nombre del medicamento:

¿Cuál es el nombre de la entidad que está cobrando un precio mayor por el medicamento?

Información de contacto de la entidad:

Sitio web de la entidad:

¿Este precio del medicamento se le cobró u ofertó personalmente a usted (o su compañía)? (encierre una opción en un círculo) Sí / No

Si no es así, ¿dónde se enteró de este aumento de precio?

El precio inicial es el precio *original, más bajo* del medicamento, que usted vio, se le ofreció o pagó *antes* del aumento del precio. Este debe ser un precio del período de 12 meses que preceda inmediatamente el aumento del precio. Usted debe usar el precio más bajo del medicamento, que vio, se le ofreció o pagó en los últimos 12 meses precedentes al aumento.

Precio inicial: \$ _____

Fecha de precio inicial: _____

El aumento de precio es el precio *nuevo, más alto* del medicamento, que usted vio, se le ofreció o pagó. Un cambio en el precio califica como aumento si se ha efectuado un incremento de un 50% sobre el precio inicial de un precio mayor a \$5.

Precio de aumento: \$ _____

Fecha de precio de aumento: _____

Por favor, proporcione tantos detalles como sea posible acerca de lo ocurrido o su experiencia, lo que sabe y cómo lo supo. Su respuesta debe describir por qué el Departamento debe investigar este aumento de precio.

Descripción del aumento del medicamento:

LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR DEBAJO: al enviar este formulario, entiendo que el Departamento de Servicios Financieros no es mi abogado particular, sino un representante del público en la ejecución de las leyes elaboradas para proteger al público de prácticas comerciales engañosas e ilícitas. También entiendo que, si tengo alguna pregunta sobre mis derechos o responsabilidades legales, debo contratar a un abogado particular. No me opongo a que el contenido de esta reclamación se envíe a la institución o persona contra quien está dirigida la reclamación. La reclamación expuesta con anterioridad es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Afirmo que el contenido de esta reclamación es verdadero. (Las declaraciones falsas hechas en este documento son punibles como un delito menor de clase A, conforme al artículo 210.45 de la Ley Penal).

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

**ADJUNTE O INCLUYA COPIAS DE CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE SE RELACIONE CON SU RECLAMACIÓN (CONTRATOS, FACTURAS, CHEQUES CANCELADOS, CORRESPONDENCIA, ETC.).
NO INCLUYA DOCUMENTOS ORIGINALES.**

Envíe por correo a: New York State Department of Financial Services, Attention OPB
1 Commerce Plaza, Albany, NY 12257

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