

Dossier de réclamation

Règlement Canadien Concernant ACTOS^{MD}/La Pioglitazone

Le présent dossier de réclamation contient les éléments suivants:

- Une déclaration de confidentialité
- Des instructions à l'intention des réclamants; et
- Un Formulaire de réclamation

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels concernant les réclamants sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur des réclamations conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, L.C. 2000, c. 5 (« LPRPDE »):

- Aux fins de mettre en application et d'administrer l'entente de règlement canadien concernant les médicaments ACTOS^{MD}/la pioglitazone (le « règlement »);
- Afin d'évaluer et de déterminer l'admissibilité du réclamant aux termes du règlement, et
- Sont strictement privés et confidentiels et ne seront pas communiqués sans l'autorisation expresse et écrite du réclamant, sauf tel qu'il est prévu dans le règlement.

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES RÉCLAMANTS

Si vous remplissez ce dossier de réclamation AVANT l'approbation du règlement par les tribunaux, VEUILLEZ NOTER qu'aucune réclamation ne sera traitée à moins que le règlement n'ait été approuvé par les tribunaux du Québec et de l'Ontario.

Sauf indication contraire, les termes en majuscule ont la signification indiquée dans le règlement.

Ces instructions fournissent des directives de base portant sur la présentation des réclamations en vertu du règlement. Dans l'éventualité d'un désaccord entre ces instructions et le règlement, le règlement prévaudra. Pour plus d'informations, veuillez-vous reporter à l'entente de règlement, qui peut être consulté ou téléchargé à l'adresse <http://www.piosettlement.ca>.

Pour établir votre droit aux compensations en vertu des modalités et conditions énoncées dans le règlement, un dossier de réclamation dûment rempli doit être soumis à l'Administrateur des réclamations et doit comporter les documents suivants:

- Un Formulaire de réclamation dûment rempli et signé;
- La documentation relative à l'identification du produit;
- Tous les dossiers médicaux obligatoires requise; et
- Tous les autres documents requis décrits aux présentes.

Tous les dossiers de réclamations dûment remplis doivent porter le cachet de la poste **au plus tard le November 29, 2021** et être soumis à l'Administrateur des réclamations, à l'adresse suivante :

À l'attention de: règlement canadien concernant
ACTOS^{MD}/La pioglitazone
c/o CA2 Inc.
9 Prince Arthur Avenue
Toronto, ON M5R 1B2

Les réclamants qui n'ont pas choisi de s'exclure et qui ne soumettent pas un dossier de réclamation dûment rempli à l'Administrateur des réclamations le **November 29, 2021** ou avant cette date, renonceront irrévocablement à leurs droits aux indemnisations en vertu du règlement et seront irrévocablement interdits d'intenter une action contre l'une des Parties quittancées en ce qui concerne les réclamations quittancées.

Si vous avez besoin d'aide ou de conseils pour compléter votre dossier de réclamation ou pour toute demande de renseignement liée à votre réclamation, vous pouvez retenir les services d'un avocat à vos propres frais ou communiquer avec l'Administrateur des réclamations au numéro sans frais 1-800-538-0009, ou à l'adresse www.piosettlement.ca. Les réclamants qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires dans le cadre de la présentation de leur réclamation aux termes du règlement seront les seuls responsables des honoraires et déboursés de ces avocats ou mandataires.

Les réclamants peuvent communiquer avec l'Administrateur des réclamations et obtenir les formulaires soit en français soit en anglais. Les réclamants (ou leurs avocats/mandataires) doivent aviser l'Administrateur des réclamations de toute modification ou correction de leur adresse, nom, numéro de téléphone ou représentation juridique.

Veillez conserver des copies de toute la documentation que vous envoyez à l'Administrateur des réclamations. Il faut beaucoup de temps pour compléter le processus de documentation. **VEUILLEZ AGIR DÈS MAINTENANT.** N'attendez pas jusqu'aux dernières semaines avant l'expiration de la Période de réclamation.

Formulaire de réclamation

Règlement Canadien Concernant ACTOS^{MD}/La Pioglitazone

Strictement privé et confidentiel

Section 1: Identification du réclamant

Je soumetts une réclamation à titre de:

- Membre du groupe**
(la personne ayant utilisé ACTOS^{MD} et/ou APO-Pioglitazone et/ou Sandoz-Pioglitazone)
- Représentant d'un membre du groupe**
(une personne qui est le représentant légal d'un membre du groupe qui est décédé, un mineur et/ou autrement frappé d'une incapacité juridique)

Section 2: Identification du membre du groupe

Nom de famille du membre du groupe

Prénom

Adresse

Boite postal

Ville

Province

Code postal

Date de naissance:
Année/Mois/Jour

Date du décès (le cas échéant):
Année/Mois/Jour

Certificat officiel de décès ci-joint

Téléphone à la maison

Téléphone au bureau

Télécopieur

Courriel

Section 3: Identification du représentant du réclamant

Cette section doit être remplie UNIQUEMENT si vous soumettez une réclamation à titre de représentant d'un membre du groupe. Vous DEVEZ fournir une preuve de votre autorité d'agir à titre de représentant d'un membre du groupe. Avant de remplir cette section, vous DEVEZ remplir les Sections 1 et 2 afin d'identifier le membre du groupe que vous représentez.

Je soumetts une réclamation au nom d'un membre du groupe qui est:

- Un mineur (moins de 18 ans)**
Veuillez joindre une copie de votre autorité d'agir (p. ex. certificat de naissance détaillé, baptistaire, ordonnance de la Cour ou toute autre preuve de tutelle)
- Une personne frappée d'incapacité juridique**
Veuillez joindre une copie de votre autorité d'agir (p. ex. procuration, etc.)
- Décédé**
Veuillez joindre une copie de votre autorité d'agir (p. ex. testament, etc.)

Nom de famille du représentant du réclamant

Prénom

Adresse

Boite postal

Ville

Province

Code postal

Date de naissance:

Année/Mois/Jour

Téléphone à la maison

Téléphone au bureau

Télécopieur

Courriel

Section 4: Réclamations des membres de la famille du membre du groupe

Cette section doit être remplie uniquement si vous soumettez une réclamation pour un membre de la famille du membre du groupe. Ceci inclut les conjoints et enfants d'un membre du groupe par ou pour lequel une réclamation est soumise aux termes du règlement.

Veillez inclure les documents démontrant une preuve de la relation de chaque membre de la famille du membre du groupe et, si le membre de la famille est un mineur, est frappé d'une incapacité juridique ou est décédé, veuillez inclure les documents démontrant une preuve de votre autorité d'agir (p. ex. certificat de mariage, certificat de naissance détaillé, documents de baptême, entente de séparation, jugement de garde, jugement de divorce ou affidavit, testament ou tout autre document confirmant votre autorité d'agir).

Avant de remplir cette section, vous DEVEZ remplir les Sections 1 et 2 afin d'identifier le membre du groupe qui est votre source de droit vous permettant de soumettre une réclamation. S'il y a plus d'une réclamation de membres de la famille du membre du groupe, veuillez copier cette section, fournir les renseignements demandés pour chaque membre de la famille du membre du groupe et soumettre le tout avec votre dossier de réclamation.

Lien avec le membre du groupe:

Nom de famille du membre de la famille

Prénom

Adresse

Boite postal

Ville

Province

Code postal

Date de naissance:

Année/Mois/Jour

Téléphone à la maison

Téléphone au bureau

Télécopieur

Courriel

Section 5: Identification du représentant légal

Cette section doit être remplie UNIQUEMENT si un avocat ou un mandataire représente le réclamant.

Nom du cabinet d'avocats ou de l'agence

Nom de famille de l'avocat ou du mandataire

Prénom

Adresse

Boite postal

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Association professionnelle des avocats
(le cas échéant)

NOTE: Si vous remplissez la section 5 ci-dessus, toute la correspondance sera envoyée à votre représentant légal, qui devra aviser l'Administrateur des réclamations de tout changement à son adresse postale. Si vous changez de représentant légal ou cessez d'être représenté par votre représentant légal, vous devez aviser votre ancien représentant légal et l'Administrateur des réclamations par écrit.

Section 6: Produits prescrits

Veillez indiquer si l'un des médicaments suivants a été prescrit au membre du:

ACTOS^{MD}	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apo-Pioglitazone	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sandoz-Pioglitazone	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Vous devez fournir une **documentation d'identification du produit** suffisante pour prouver que le médicament PIO (i.e. ACTOS^{MD} et/ou APO-Pioglitazone et/ou Sandoz-Pioglitazone) a été prescrit ou fourni au membre du groupe. Vous devez fournir la documentation d'identification du produit sous l'**une ou plus** des formes suivantes:

- a) tous les dossiers pharmaceutiques faisant état de la distribution de PIO au membre du groupe, y compris la posologie et la ou les dates de distribution;

OU

- b) tous les dossiers d'assurance faisant état de l'achat de PIO par le membre du groupe, y compris la posologie et les dates d'achat, si elles sont connues;

OU

- c) les dossiers médicaux faisant état de la prescription et/ou de la fourniture (échantillons) de PIO au membre du groupe, de même que la posologie et les dates de prescription/fourniture;

OU

- d) uniquement dans des circonstances jugées exceptionnelles par CA2, s'il est impossible d'obtenir les dossiers susmentionnés, une déclaration signée par le médecin du membre du groupe attestant que du PIO a été prescrit et/ou fourni au membre du groupe, y compris la posologie et les dates de prescription et/ou de fourniture, ainsi qu'une déclaration solennelle du membre du groupe (ou de son représentant) indiquant que du PIO lui a été prescrit et/ou fourni, y compris la posologie et les dates de prescription et/ou de fourniture, et confirmant que des efforts raisonnables ont été déployés pour obtenir ces dossiers et indiquant pour quelle raison ceux-ci n'ont pu être obtenus.

Section 7: Préjudice indemnisable allégué

Veillez indiquer le préjudice indemnisable allégué du membre du groupe qui est à la base de la présente réclamation ainsi que la date du diagnostic (veuillez cocher tous les préjudices applicables, mais veuillez noter qu'un dédommagement n'est disponible qu'une fois par réclamation au niveau du préjudice indemnisable le plus haut, quel que soit le nombre de préjudices indemnissables potentiels)

NIVEAU 1

- Apparition de cancer de la vessie, diagnostiqué de stade Ta ou Tis, de bas grade OU récurrence de cancer de la vessie, si le diagnostic initial a été établi **AVANT** que le membre du groupe n'utilise du PIO.

Date (Année/Mois/Jour)

NIVEAU 2

- Diagnostic de cancer de la vessie de stade Ta ou Tis, de haut grade **OU** de stade T1 **OU** récurrence de cancer de la vessie si le diagnostic initial de cancer de la vessie se présente **APRÈS** la première utilisation de PIO par le membre du groupe.

Date (Année/Mois/Jour)

NIVEAU 3

- Diagnostic de cancer de la vessie de stade T2 **OU** cancer de la vessie traité par radiothérapie et/ou chimiothérapie (par voie orale ou intraveineuse) systémique pour le traitement du cancer de la vessie (à l'exclusion des traitements par instillation directe dans la vessie).

Date (Année/Mois/Jour)

NIVEAU 4

- Diagnostic de cancer de la vessie de stade T3 **OU** traitement du cancer de la vessie comprenant l'ablation complète ou partielle d'un rein et/ou de la vessie.

Date (Année/Mois/Jour)

NIVEAU 5

- Diagnostic de cancer de la vessie de stade T4 **OU** décès attribuable à un cancer de la vessie.

Date (Année/Mois/Jour)

Section 8: Facteurs de risque et autres ajustements

Veillez indiquer lequel des facteurs de risque suivants s'applique au membre du groupe, le cas échéant. Veillez noter que ces informations sont destinées à faciliter la révision de votre dossier de réclamation. L'Administrateur des réclamations déterminera, le cas échéant, l'existence de ces facteurs de risque et appliquera les ajustements correspondants à la valeur des dédommagements de base après avoir examiné les dossiers médicaux obligatoires du membre du groupe.

1. Le membre du groupe a-t-il reçu un diagnostic de cancer de la vessie avant sa première utilisation de PIO?

Oui Date du diagnostic (Année/Mois/Jour)

Non

2. Le membre du groupe a-t-il continué son utilisation de PIO **APRÈS** le 19 avril, 2012?

Oui

Non

3. Le membre du groupe a-t-il des antécédents de tabagisme?

Oui

Dans l'année précédant la date du diagnostic de cancer de la vessie du membre du groupe; OU

Entre un et cinq années avant la date du diagnostic de cancer de la vessie du membre du groupe; OU

Plus de cinq années mais moins de vingt années avant la date de diagnostic de cancer de la vessie du membre du groupe.

Non

4. Le membre du groupe avait-il des symptômes du cancer de la vessie (la présence de sang dans l'urine ou de douleur lors de la miction) **AVANT** sa première utilisation de PIO?

Oui Date(s) (Année/Mois/Jour)

Non

5. Le diagnostic de cancer de la vessie du membre du groupe a-t-il été établi plus de cinq (5) années **APRÈS** la dernière utilisation de PIO par le membre du groupe?

Oui

Non

6. Les dossiers médicaux obligatoires du membre du groupe indiquent-ils que le diagnostic de cancer de la vessie du membre du groupe est **lié de manière causale** à des antécédents d'exposition à l'un des suivants (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Oui
- Processus de gazéification du charbon
 - Gaz d'échappement des moteurs diesel
 - fonderies de fer ou d'acier
 - coke (coke de charbon ou pet coke)
 - goudron de houille
 - extraction de noir de carbone ou d'huile de schiste
 - imprégnation du bois
 - toitures
 - pavages routiers
 - ramonage de cheminées
 - aluminium
 - électrodes de charbon
 - production de caoutchouc, de cuir, de textiles, de colorants ou de produits de peinture
 - antécédents de travail à titre de peintre, de coiffeur, de machiniste, d'imprimeur ou de camionneur.

Non

7. Le cancer de la vessie du membre du groupe est-il originaire d'un autre organe et s'est ensuite métastasé ou s'est propagé à la vessie?

Oui

Non

8. Le membre du groupe a-t-il jamais utilisé un produit pharmaceutique contenant le composé actif cyclophosphamide, notamment le médicament de marque connu sous le nom de «cytoxan» et/ou «procytox»?

Oui

Non

9. Le membre du groupe a-t-il reçu une radiothérapie pelvienne antérieurs à un diagnostic de cancer de la vessie, y compris, sans limitation, le traitement du cancer de la prostate, de l'utérus, du col de l'utérus, du rectum ou de l'anus?

Oui

Non

Section 9: Dossiers médicaux obligatoire

Veillez JOINDRE et SOUMETTRE tous les dossiers médicaux obligatoires avec votre dossier de réclamation.

Les dossiers médicaux obligatoires comprennent la documentation décrite ci-dessous que vous devez soumettre afin d'être admissible à un dédommagement pour un préjudice indemnisable.

■ Des dossiers médicaux reflétant the diagnostic de cancer de la vessie du membre du groupe et qui doivent inclure :

■ un ou des rapports de pathologie décrivant l'existence de cellules cancéreuses dans la paroi urothéliale de la vessie, dans le bassinet du rein ou dans l'uretère ou confirmant le diagnostic de cancer de la vessie par biopsie d'une tumeur excisée;

OU

■ si aucun rapport de pathologie ne peut être obtenu, d'autres dossiers médicaux récents qui renvoient à un rapport de pathologie faisant état d'un diagnostic de cancer de la vessie.

ET

■ les dossiers médicaux complets établis par tous les fournisseurs de soins de santé qui ont diagnostiqué et/ou traité le cancer de la vessie du membre du groupe.

ET

■ s'ils ne sont pas inclus dans ce qui précède, les dossiers médicaux complets établis par tous les fournisseurs de soins de santé qui ont prescrit du PIO au membre du groupe pour la période allant de la date de la première ordonnance à la date de la dernière utilisation de PIO par le membre du groupe inclusivement.

ET

■ s'ils ne sont pas inclus dans ce qui précède, les dossiers médicaux complets établis par le principal fournisseur de soins de santé du membre du groupe pour la période commençant trois (3) ans avant que le membre du groupe ne reçoive un diagnostic de cancer de la vessie et se terminant à la date d'un tel diagnostic.

ET

■ s'il est allégué que le décès du membre du groupe est attribuable à un cancer de la vessie, le certificat de décès, le rapport d'autopsie ou un autre dossier médical indiquant que la cause principale ou secondaire du décès était le cancer de la vessie ou des complications attribuables au cancer de la vessie du membre du groupe.

Section 10: Réclamation pour perte de revenu

Cette section s'applique **UNIQUEMENT** si vous soumettez une réclamation pour une perte de revenu alléguée du membre du groupe.

Les pertes de revenu pouvant être récupérées seront calculées par l'Administrateur des réclamations en fonction de la différence entre le revenu net moyen du membre du groupe au cours des trois (3) années précédant le préjudice indemnisable allégué et le revenu net du membre du groupe suivant le préjudice indemnisable allégué.

Date du préjudice indemnisable allégué :

Revenu net du membre du groupe au cours des **trois** années **précédant** le préjudice indemnisable allégué:

Année

Revenu net: \$

Année

Revenu net: \$

Année

Revenu net: \$

Moyenne: \$

Revenu net du membre du groupe au cours des années **suivant** le préjudice indemnisable allégué:

Année

Revenu net: \$

Afin de présenter une réclamation pour perte de revenu, veuillez soumettre la documentation qui reflète le revenu net du membre du groupe décrit ci-dessus. Cette documentation ne serait examinée par l'Administrateur des réclamations que si votre réclamation a été considérée comme une réclamation approuvée. Toutes les réclamations pour perte de revenu sont sujettes à des ajustements potentiels conformément à l'article 12 de l'entente de règlement.

Section 11: Déclaration du Réclamant

Le soussigné consent à la communication de l'information contenue aux présentes dans la mesure nécessaire pour traiter cette demande d'indemnisation. Le soussigné reconnaît et comprend que le présent formulaire de réclamation est un document officiel de la cour sanctionné par les tribunaux de l'Ontario et du Québec qui président au règlement, et la soumission de ce formulaire de réclamation à l'administrateur des réclamations équivaut à son dépôt auprès d'un tribunal.

Après avoir passé en revue les renseignements qui ont été fournis dans le présent formulaire de réclamation, le soussigné déclare, sous peine de parjure, que les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation sont véridiques et exacts au meilleur de sa connaissance directe.

Signature du réclamant

Nom du réclamant

Date (Année/Mois/Jour)

Section 12: Déclaration du Médecin

Cette section doit être remplie UNIQUEMENT si vous NE POUVIEZ PAS obtenir et fournir la documentation d'identification du produit requise par la section 6 ci-dessus.

Je déclare solennellement que:

1. Je suis un médecin autorisé à pratiquer la médecine dans la province de _____.
2. Je suis/étais médecin traitant pour _____ (membre du groupe) et j'affirme solennellement par la présente que le membre du groupe s'est vu prescrire et/ou a reçu le PIO comme suit:

ACTOS^{MD} Oui Non

Date(s), durée et posologie(s):

Apo-Pioglitazone Oui Non

Date(s), durée et posologie(s):

Sandoz-Pioglitazone Oui Non

Date(s), durée et posologie(s):

Signature du médecin

Date

Nom du médecin

Adresse

Téléphone

Section 13: Déclaration du Réclamant – Documentation d'identification du produit manquante

Cette section doit être remplie UNIQUEMENT si vous NE POUVIEZ PAS obtenir et fournir la documentation d'identification du produit requise par la section 6 ci-dessus.

Le soussigné déclare par la présente, sous peine de parjure, que le membre du group s'est vu prescrire et/ ou a reçu le PIO comme suit

ACTOS^{MD} Oui Non

Date(s), durée et posologie(s):

[Redacted]

Apo-Pioglitazone Oui Non

Date(s), durée et posologie(s):

[Redacted]

Sandoz-Pioglitazone Oui Non

Date(s), durée et posologie(s):

[Redacted]

Le soussigné affirme que tous les efforts raisonnables ont été faits pour obtenir la documentation d'identification du produit requise et voici les raisons pour lesquelles cette documentation d'identification du produit n'a pas pu être obtenue et fournie (veuillez joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

[Redacted]

Signature du Réclamant

[Redacted]

Date

[Redacted]