

Formulaire de réclamation d'action collective

www.AlysenaClassAction.ca

Deux actions collectives distinctes se sont terminées par un règlement pour les femmes qui prenaient Alysena 21 ou 28 et qui sont tombées enceintes alors qu'elles prenaient les lots touchés (définis comme les lots d'Alysena achetés au Canada et ingérés entre le 22 décembre 2017 et le 8 mars 2018) ou qui ont souffert de stress psychologique et d'anxiété à la suite de la lecture ou de la prise de connaissance de l'avis de Santé Canada publié le 9 février 2018. Un fonds de règlement d'environ **2 030 600 \$** est disponible pour payer toutes les réclamantes admissibles, appelées membres du groupe, qui font une réclamation.

Les membres du groupe qui ont ingéré Alysena et qui répondent aux critères de l'option A ou B ci-dessous peuvent réclamer de l'argent en utilisant ce formulaire de réclamation. Dans le cadre du processus de règlement des réclamations, votre demande d'argent sera reçue et évaluée par un administrateur indépendant et, dans certains cas, par les avocats du groupe. Les renseignements relatifs à votre réclamation seront examinés et une décision sera prise quant à votre admissibilité à une somme d'argent et, le cas échéant, quant à son montant.

QUI PEUT PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION ?

Ce formulaire de réclamation s'adresse aux personnes qui ont ingéré du Alysena acheté au Canada pendant la période visée par l'action collective. Vous devez correspondre à l'option A ou B.

Membres du Groupe - Option A			Membres du Groupe – Option B	
✓	Vous êtes tombée enceinte alors que vous preniez Alysena selon les instructions d'un lot d'Alysena acheté au Canada à des fins contraceptives.	OU	✓	On vous a prescrit Alysena 21 ou Alysena 28 à des fins de protection contraceptive et vous avez acheté et ingéré ledit médicament entre le 9 février 2017 et le 31 octobre 2019 .
✓	Vous avez acheté et ingéré Alysena comme décrit ci-dessus ENTRE le 22 décembre 2017 et le 8 mars 2018 .		✓	Vous n'êtes pas tombée enceinte, mais vous avez souffert de stress psychologique et d'anxiété en apprenant l'augmentation possible du risque de grossesse entre le 9 février 2017 et le 31 octobre 2019.
✓	Si vous avez mené la grossesse à terme ou non		✓	Vous avez demandé un avis médical à la suite de la lecture ou de la prise de connaissance de l'avis de Santé Canada émis le 9 février 2018, de la lettre de rappel d'Apotex Inc. datée du 9 février 2018, de la lettre " Cher professionnel de la santé " d'Apotex Inc. datée du 8 mars 2018 ou de l'avis de Santé Canada émis le 8 mars 2018.
✓	Une compensation supplémentaire est disponible si vous ou votre enfant avez souffert de complications ou de circonstances particulières.			

VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ?

Si vous ne parvenez pas à remplir ce formulaire et avez besoin d'aide, vous pouvez contacter l'administrateur.

Courriel : info@AlysenaClassAction.ca

Site web : www.AlysenaClassAction.ca

Si vous avez besoin de conseils juridiques lorsque vous remplissez ce formulaire de réclamation, ou si vous avez d'autres questions auxquelles l'administrateur ne peut répondre, les avocats du groupe sont également disponibles (sans frais) pour vous aider. Vous pouvez joindre les avocats du groupe en appelant les numéros ci-dessous :

(604) 682-3771

Vous pouvez également décider de consulter un autre avocat de votre choix.

Formulaire de réclamation d'action collective
www.AlysenaClassAction.ca

COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION POUR L'ARGENT ?

RÉCLAMATION PAR LA POSTE	
Envoyez votre formulaire de réclamation papier à l'adresse suivante	
Anglais : Epiq Class Action Services Canada Inc. Attention : Alysena Class Action Administrator PO Box 507 STN B Ottawa, ON K1P 5P6	Français : Les services d'actions collectives Epiq Canada À l'attention de : Administrateur de l'Action collective concernant Alysena Case postale 507, succursale B Ottawa (Ontario) K1P 5P6
RÉCLAMATION PAR COURRIEL	
Envoyez votre formulaire de réclamation électronique par courriel à : info@AlysenaClassAction.ca	
Important : La date limite pour présenter une réclamation a été fixée par le tribunal. Ce formulaire de réclamation dûment rempli doit être soumis à l'administrateur AU PLUS TARD LE 10 JUILLET 2024 À 5 :00 PM HEURE PST.	

REMPISSEZ CE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR RÉCLAMER DE L'ARGENT

INSTRUCTIONS

Veillez vous assurer que vous remplissez toutes les sections du formulaire de réclamation qui vous concernent. Lorsque vous remplissez le formulaire de réclamation, n'oubliez pas de:

- Lire attentivement toutes les questions et demandes d'informations avant d'y répondre.
- Retourner le formulaire de demande dans son intégralité, même si vous pensez que certaines sections ne vous concernent pas.
- Écrire clairement et lisiblement.
- Vous assurez d'avoir lu et signé la section de Consentement à la divulgation et à la communication des dossiers et déclaration du formulaire de demande.

Veillez joindre à votre formulaire de demande de remboursement une photocopie ou une copie numérisée d'une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement et de votre carte provinciale de services de santé.

Si vous devez apporter des modifications aux informations contenues dans votre formulaire de demande après l'avoir envoyé à l'administrateur, veuillez le faire dès que possible. Des exemples de changements importants comprennent un changement d'adresse et des corrections à toute information. Si votre formulaire de réclamation est incomplet ou ne contient pas toutes les informations requises, il vous sera demandé de fournir plus de détails. Cela peut retarder le traitement de votre demande. Les informations que vous fournissez dans votre formulaire de demande d'indemnisation constituent une partie très importante de ce qui sera pris en compte pour décider de vous verser ou non de l'argent et, le cas échéant, de son montant.

FORMULAIRE DE DEMANDE - COMMENCE À LA PAGE SUIVANTE



Formulaire de réclamation d'action collective
www.AlysenaClassAction.ca

SECTION A : RENSEIGNEMENT DE LA RÉCLAMANTE

(*indique les champs obligatoires)

Prénom*	Deuxième prénom	Nom de famille *		
Adresse Postale	Ville	Province	Pays	Code Postale
Numéro de téléphone en journée	Numéro de téléphone du soir		Courriel	
Date de naissance (MM-JJ-AAAA)*.		Numéro d'assurance maladie personnel		

Note importante : La correspondance de l'administrateur et/ou des avocats du groupe sera envoyée à l'adresse que vous avez fournie ci- dessus.

SECTION B : RENSEIGNEMENT DU MÉDECIN

Nom et adresse du médecin (ou autre professionnel de la santé) qui vous a prescrit Alysena

Nom et adresse du médecin (ou autre praticien de santé) qui vous a traitée pendant votre grossesse
(si différent de celui indiqué ci-dessus)

SECTION C : DESCRIPTION DE LA RÉCLAMATION

Question no 1 : Vous a-t-on prescrit et avez-vous acheté Alysena au Canada entre le 22 décembre 2017 et le 8 mars 2018 à des fins contraceptives ?

Si oui, vous devez fournir la preuve de votre prescription durant ces dates. Il peut s'agir d'un reçu d'un imprimé de votre pharmacie, d'une copie de l'étiquette de votre ordonnance à ces dates ou d'un dossier clinique attestant que votre médecin vous a prescrit une ordonnance à ces dates.

OUI

NON

Question n°2 : Êtes-vous tombée enceinte alors que vous preniez Alysena tel qu'indiqué à des fins contraceptives, que vous avez acheté au Canada entre le 22 décembre 2017 et le 8 mars 2018 ?

OUI

NON

(Allez à la question n°3)

(Allez à la question n°5)

Question n°3 : Avez-vous mené votre grossesse à terme ?

OUI

NON

Formulaire de réclamation d'action collective

www.AlysenaClassAction.ca

Question n°4 : Si vous avez mené votre grossesse à terme, avez-vous, ou votre enfant, souffert de complications ou de circonstances particulières telles que décrites ci-dessous ?

- i. les dommages médicaux ou psychologiques résultant de la grossesse ou imputables à celle-ci, sous réserve de la preuve apportée par un médecin ou un psychologue dûment qualifié, à condition que tout avis médical, psychologique ou psychiatrique ait été rendu au moment de la grossesse ou dans les trois mois qui suivent ;
- ii. des complications médicalement vérifiées et documentées résultant de la grossesse et/ou de l'accouchement associé;; et/ou
- iii. a donné naissance à un enfant issu de la grossesse présentant une ou plusieurs affections médicales entraînant des besoins supplémentaires.

Joignez autant de documents justificatifs que possible pour permettre l'évaluation de votre réclamation . Voici quelques exemples de documents confirmant des complications ou des circonstances particulières: les dossiers cliniques de votre médecin de famille au moment de votre grossesse ou de votre accouchement, les rapports cliniques de spécialistes ou de praticiens de la santé documentant ou confirmant les complications ou les besoins supplémentaires de votre enfant, les notes ou lettres médicales indiquant un diagnostic spécifique de votre enfant en rapport avec une complication ou un état pathologique, ou une désignation officielle des besoins supplémentaires de votre enfant par une école ou une entité gouvernementale.

OUI

NON

Question no 5 : Si vous **n'êtes pas** tombée enceinte, avez-vous pris Alysena à des fins contraceptives **ET** avez-vous souffert de stress psychologique ou d'anxiété en apprenant l'augmentation possible du risque de grossesse **ET** avez-vous consulté un médecin après avoir lu ou pris connaissance de l'avis de Santé Canada émis le 9 février 2018, de la lettre de rappel d'Apotex Inc. datée du 9 février 2018, de la lettre " Cher professionnel de la santé " d'Apotex Inc. datée du 8 mars 2018 ou de l'avis de Santé Canada émis le 8 mars 2018 ?

OUI

NON

IMPORTANT : Vous devrez répondre aux définitions officielles du groupe pour *Emmett*, qui se trouvent dans l'entente de règlement. Certaines conditions préalables peuvent s'appliquer. Les réclamations au titre de l'option B ne sont pas limitées aux personnes qui se sont vu prescrire Alysena entre le 22 décembre 2017 et le 8 mars 2018. Pour l'option B, les réclamantes doivent seulement produire des preuves qu'on leur a prescrit Alysena 21 ou Alysena 28 entre le **9 février 2017 et le 31 octobre 2019 ET** fournir la déclaration à la question 5, ci-dessus.

Formulaire de réclamation d'action collective
www.AlysenClassAction.ca

SECTION D : REPRÉSENTATION PAR UN AVOCAT - LE RÉCLAMANTE A DES OPTIONS

Les avocats du groupe sont les avocats qui représentent tous les membres actuels et les membres du groupe depuis 2018 et ont obtenu le règlement de ces actions collectives. Vos *avocats du groupe* sont **Rice Harbut Elliott LLP** et **Merchant Law Group**.

Maintenant qu'il est temps de soumettre une réclamation, *les avocats du groupe* continueront à vous représenter dans le cadre de votre réclamation, **à moins que** vous choisissiez de vous représenter vous-même ou que vous souhaitiez faire appel à un autre avocat. Vous **N'AVEZ PAS besoin de** retenir un nouvel avocat pour vous représenter.

Les avocats du groupe ont déjà été payés pour leur travail, vous n'aurez donc pas à payer les honoraires des avocats.

Si vous choisissez d'être représentée par un autre avocat, vous devrez payer les honoraires de cet avocat.

Question n°6 : Sélectionnez une (1) des trois (3) options ci-dessous :

- Option 1** : Je veux continuer à être représentée par les *avocats du groupe*.
- Option 2** : Je **ne** veux **pas** être représentée par les *avocats du groupe*. Je veux me représenter moi-même. Je comprends que **les avocats du groupe ne** continueront **pas** à agir en mon nom et qu'il me reviendra de prendre toutes les mesures nécessaires pour présenter ma demande.
- Option 3** : Je **ne** veux **pas** être représentée par les *avocats du groupe*. J'ai retenu les services d'un autre avocat. Je comprends que **les avocats du groupe ne** continueront **pas** à me représenter, et que mon nouvel avocat sera chargé de prendre toutes les mesures nécessaires pour présenter ma réclamation, et que je serai responsable du paiement des honoraires de mon nouvel avocat.

Si vous choisissez l'option 3, veuillez fournir les coordonnées de votre nouvel avocat ci-dessous :

Nom de votre avocat	
Adresse postale (rue, boîte postale le cas échéant)	
Ville/ville	Province
Pays	Code postal
Numéro de téléphone en journée	
Courriel	

Si vous ne cochez aucune des cases ci-dessus, il sera présumé que vous voulez continuer à être représentée par les *avocats du groupe*.

Formulaire de réclamation d'action collective
www.AlysenaClassAction.ca

SECTION E : VOUS PRÉSENTEZ UNE RÉCLAMATION AU NOM D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE, INCAPABLE, OU EN VERTU D'UNE PROCURATION

Question n° 7 : Présentez-vous une demande au nom d'une personne en tant que son représentant légalement autorisé ?

OUI

NON

Si vous avez sélectionné "OUI", veuillez joindre tout document que vous pouvez avoir qui confirme votre capacité à agir en tant que représentant légal de la personne. L'administrateur peut vous contacter pour obtenir plus d'informations.

Prénom du représentant	Nom de famille du représentant
Second prénom du représentant	Base de la représentation
La personne au nom de laquelle vous présentez cette demande est-elle décédée ?	Si la personne est décédée, veuillez indiquer la date de son décès (MM-JJ-AAAA) :

SECTION F : DÉCLARATION ET CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUTRES DOSSIERS D'ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE

Je reconnais que l'administrateur est autorisé à me contacter pour obtenir des informations supplémentaires.

En remplissant et en soumettant le présent formulaire de réclamation, je reconnais que mon médecin et l'assureur-maladie provincial de la province où je réside sont autorisés à fournir les renseignements pertinents contenus dans mon dossier médical (ou celui du réclamant au nom duquel je soumetts le présent formulaire, selon le cas) à l'administrateur, aux avocats des défendeurs, aux avocats du groupe, à mon avocat, à l'expert affecté à ma réclamation et/ou à la Cour.

Sous peine de parjure, je jure ou j'affirme que toutes les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont vraies, correctes et complètes, et que les documents ci-joints sont des copies exactes et correctes de ce qu'ils prétendent être.

Signature de la réclamante

Nom complet de la réclamante en caractères d'imprimerie

Date

Important : Si vous êtes un représentant légalement autorisé, vous DEVEZ remplir ce qui suit :

Signature du représentant qui remplit le formulaire

Nom complet en caractères d'imprimerie du représenta qui remplit le formulaire

Date

Dans le cas où un **représentant** remplit ce formulaire de demande, la preuve de l'autorisation de déposer est-elle incluse dans votre soumission ? OUI NON