

# Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

[www.stjudeicdclaim.ca](http://www.stjudeicdclaim.ca)

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE PATIENT

Pour recevoir une indemnité du fonds de règlement, chaque **membre du groupe de la classe patient** doit soumettre ce formulaire de réclamation dûment rempli à l'Administrateur des réclamations, accompagné de toute la documentation justificative **au plus tard le 10 janvier 2020, à 23h59 HAE.**

**Les réclamations tardives ne seront ni acceptées ni valides.**

**Important :** vous devez soumettre un formulaire de réclamation pour chaque défibrillateur visé.

### INSTRUCTIONS DE SOUMISSION

Il existe **quatre (4) façons** de soumettre *un formulaire de réclamation de la classe patient*, accompagné de toute documentation justificative :

<b>1. EN LIGNE</b>	Visitez le site web dédié à l'adresse <b>www.stjudeicdclaim.ca</b> et soumettez votre formulaire de réclamation <b>en ligne</b>
<b>1. COURRIER</b>	Faites-nous parvenir votre formulaire de réclamation imprimé dûment rempli par <b>courrier</b> à :  L'Administrateur des réclamations pour l'action collective concernant certains DCI de St. Jude C.P. Nelson 20187 – 322 rue Rideau Ottawa (ON) K1N 5Y5  Les réclamations reçues par la poste doivent porter le cachet de la poste daté <b>au plus tard le 10 janvier 2020, à 23h59 HAE.</b>
<b>2. COURRIEL</b>	Soumettez votre formulaire de réclamation dûment rempli par <b>courriel</b> à <b>info@stjudeicdclaim.ca</b>
<b>3. TÉLÉCOPIEUR</b>	<b>Télécopiez</b> votre formulaire de réclamation dûment rempli à <b>1-866-262-0816</b>

Questions? Téléphone sans frais: **1-833-414-8043**

**Important :** Ce formulaire de réclamation est seulement pour les membres du groupe de la classe patient.

Si vous êtes une personne à qui le membre du groupe de la classe patient décédé fournissait une aide ou était légalement tenue de fournir une aide immédiatement avant son décès, vous devez compléter le formulaire de réclamation de la classe dérivée.

# Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE PATIENT

### SECTION A : NOM DU RÉCLAMANT ET COORDONNÉES ACTUELLES

L'Administrateur utilisera les informations que vous fournissez pour traiter votre réclamation. Si ces informations changent, vous **DEVEZ** en aviser l'Administrateur par écrit.

Prénom

Nom

Adresse postale

Ville

Province

Code postal

Courriel

Téléphone

Numéro d'assurance maladie  
provincial

Date de naissance  
(Jour/mois/année)

### SECTION B : INFORMATION REQUISE SUR LE DÉFIBRILLATEUR

Vous devez avoir été implanté au Canada avec un (1) des défibrillateurs fabriqués présents sur la liste à la page 3.

**Important** : vous devez soumettre un formulaire de réclamation pour chaque défibrillateur visé.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nom commercial du défibrillateur  
du patient

Modèle du défibrillateur  
du patient

Numéro de série du défibrillateur  
du patient

Date de l'implantation du défibrillateur  
sur le patient  
(Jour/mois/année)

Lieu de l'implantation du défibrillateur  
sur le patient

Le cas échéant, la date et le lieu de quand/ou le défibrillateur a été remplacé ou explanté

# Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE PATIENT

## INSTRUCTIONS

Indiquez **le/les type(s) d'indemnisation(s) que vous réclamez** en complétant soit la section C ou la section D.

Si vous avez été implanté avec plus d'un (1) des défibrillateurs visés, vous devez soumettre un (1) formulaire de réclamation séparé pour obtenir une indemnisation concernant chaque appareil.

Si vous avez subi des complications résultant de la chirurgie d'explantation, vous pouvez réclamer une indemnisation supplémentaire à la section D (Indemnisations pour les patients dont le défibrillateur a été explanté).

Si vous réclamez pour des frais remboursables, vous devez compléter la section E.

## DÉFIBRILLATEURS VISÉS

Nom commercial	Modèle	Nom commercial	Modèle
Fortify Assura™ DR	CD2259-40Q	Quadra Assura MP™	CD3371-40C
Fortify Assura™ DR	CD2259-40	Quadra Assura MP™	CD3371-40QC
Fortify Assura™ DR	CD2359-40C	Quadra Assura™	CD3265-40Q
Fortify Assura™ DR	CD2359-40QC	Quadra Assura™	CD3367-40QC
Fortify Assura™ VR	CD1359-40QC	Quadra Assura™	CD3267-40
Fortify Assura™ VR	CD1259-40	Quadra Assura™	CD3267-40Q
Fortify Assura™ VR	CD1259-40Q	Quadra Assura™	CD3367-40C
Fortify Assura™ VR	CD1359-40C	Unify Assura™	CD3261-40Q
Fortify™ DR	CD2233-40Q	Unify Assura™	CD3361-40QC
Fortify™ DR	CD2233-40	Unify Assura™	CD3261-40
Fortify™ ST DR	CD2235-40	Unify Assura™	CD3361-40C
Fortify™ ST DR	CD2235-40Q	Unify Quadra™	CD3251-40
Fortify™ ST VR	CD1235-40	Unify Quadra™	CD3251-40Q
Fortify™ ST VR	CD1235-40Q	Unify™	CD3231-40
Fortify™ VR	CD1233-40	Unify™	CD3235-40
Fortify™ VR	CD1231-40	Unify™	CD3235-40Q
Fortify™ VR	CD1233-40Q		

# Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE PATIENT

## SECTION C : INDEMNISATIONS POUR RÉCLAMANTS DONT LE DÉFIBRILLATEUR N'A PAS ÉTÉ EXPLANTÉ

Cochez une (1) des boîtes ci-dessous, si l'un des énoncés suivants décrit votre situation :

- Votre défibrillateur n'a pas été explanté,
- Votre défibrillateur a été explanté, mais la raison pour le remplacement n'était pas dû à l'épuisement prématuré des piles et ainsi n'était PAS dû à l'avis communiqué par St. Jude au Canada le 10 octobre 2016 concernant la formation d'agrégats de lithium dans les défibrillateurs visés,
- Votre défibrillateur a été explanté dû à l'avis communiqué par St. Jude au Canada le 10 octobre 2016, mais était implanté plus de cinq (5) ans à compter du moment de remplacement,
- Votre défibrillateur a été explanté en raison de l'épuisement prématuré des piles, mais la raison de l'épuisement a été déterminée d'être une cause autre qu'un court-circuit qui pourrait découler de la formation d'agrégats de lithium.

√ Si vous réclamez	Critères d'éligibilité pour indemnisation
<input type="checkbox"/>	Implanté <b>avant le 1</b> décembre 2013 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les réclamants recevront un paiement au prorata tiré d'une somme de 500 000,00 \$, jusqu'à 100,00 \$ par réclamation.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Implanté <b>le ou après</b> le 1 décembre 2013 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les réclamants recevront un paiement au prorata tiré d'une somme de 1 100 000,00 \$, jusqu'à 500,00 \$ par réclamation.</li> </ul>

Si votre défibrillateur a été remplacé en raison de l'épuisement prématuré des piles dans les cas où l'épuisement des piles a eu lieu plus tôt que prévu en fonction de l'utilisation du défibrillateur et dans les cas où il n'y a aucune indication selon laquelle l'épuisement découlait d'une autre cause autre qu'un court-circuit qui pourrait découler de la formation d'agrégats de lithium, NE PAS compléter cette section, vous êtes un réclamant admissible dont le défibrillateur a été explanté et devriez compléter la **section D** à la page 5.

# Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE PATIENT

## SECTION D : INDEMNISATIONS POUR RÉCLAMANTS DONT LE DÉFIBRILLATEUR A ÉTÉ EXPLANTÉ

Réclamant admissible dont le défibrillateur a été explanté veut dire un membre de la classe patient de l'une des situations suivantes

- (i) le défibrillateur a été remplacé en raison de l'épuisement prématuré des piles dans les cas où l'épuisement des piles a eu lieu plus tôt que prévu en fonction de l'utilisation du défibrillateur et dans les cas où il n'y a aucune indication selon laquelle l'épuisement découlait d'une autre cause autre qu'un court-circuit qui pourrait découler de la formation d'agrégats de lithium **OU**
- (ii) le défibrillateur a été remplacé entre le 20 octobre 2016 et le 8 août 2017 de manière facultative en réponse à l'avis communiqué par St. Jude au Canada le 10 octobre 2016, pourvu que le défibrillateur qui a été remplacé de manière facultative eût été implanté moins de cinq (5) ans à compter du moment de remplacement.

Cochez la boîte ci-dessous si vous réclamez une indemnisation pour un réclamant dont le défibrillateur a été explanté :

√ Si vous réclamez	Indemnisation	Documentation justificative requise avec le formulaire de réclamation
<input type="checkbox"/>	<b>Paiement au prorata (montant réservé pour les réclamants admissibles dont le défibrillateur a été explanté)</b>	<p>Vous devez soumettre des <b>preuves</b> qui démontrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Vous aviez un défibrillateur visé qui a été remplacé en raison de l'épuisement prématuré des piles <b>et</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'épuisement des piles a eu lieu plus tôt que prévu en fonction de l'utilisation du défibrillateur et</li> <li>• il n'y a aucune indication selon laquelle l'épuisement découlait d'une autre cause autre qu'un court-circuit qui pourrait découler de la formation d'agrégats de lithium</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(ii) Votre défibrillateur a été remplacé <b>entre le 20 octobre 2016 et le 8 août 2017</b> de manière facultative en réponse à l'avis communiqué par St. Jude au Canada le 10 octobre 2016, pourvu que le défibrillateur qui a été remplacé de manière facultative eût été implanté moins de cinq (5) ans à compter du moment de remplacement.</li> </ul> <p><b>Preuves d'admissibilité peuvent inclure</b> une narration écrite à la page 7 et dossier médical ou notes de docteur, physicien ou clinicien.</p>
<p>Les réclamants admissibles dont le défibrillateur a été explanté recevront un paiement au prorata tiré d'une somme de 1 300 000,00 \$ CAN ou plus conditionnellement à l'épuisement de tous les fonds concernant les réclamants admissibles dont le défibrillateur n'a pas été explanté.</p>		

## Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE PATIENT

### SECTION D : INDEMNISATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LES RÉCLAMANTS DONT LE DÉFIBRILLATEUR A ÉTÉ EXPLANTÉ

Cochez seulement une (1) des boîte ci-dessous si vous avez souffert des complications résultant de la chirurgie d'explantation.

√ Si vous réclamez	Indemnisation	Documentation justificative requise avec le formulaire de réclamation
Veuillez cocher une (1) boîte seulement	<b>Indemnisation pour complications</b>	<p>Vous devez soumettre des preuves suffisantes qui démontrent que vous avez souffert des complications résultant de la chirurgie d'explantation qui pourrait inclure sans s'y limiter, écoulement sanguin anormal, infection, pneumothorax, dommages causés au cœur ou à un vaisseau sanguin.</p> <p><b>Preuves d'admissibilité peuvent inclure</b> une narration écrite à la page 7, dossier médical ou notes de docteur, physicien ou clinicien, ou autre documentation jugée satisfaisante par l'arbitre de déterminer que vous êtes admissibles à recevoir cette indemnisation.</p>
<input type="checkbox"/>	<b>1 000,00 \$</b> Traitement le même jour	
<input type="checkbox"/>	<b>5 000,00 \$</b> 1-3 jours d'hospitalisation	
<input type="checkbox"/>	<b>12 500,00 \$</b> Plus de 3 jours d'hospitalisation	

### SECTION E : FRAIS REMBOURSABLES (RÉCLAMANT DONT LE DÉFIBRILLATEUR A ÉTÉ EXPLANTÉ ET RÉCLAMANT DONT LE DÉFIBRILLATEUR N'A PAS ÉTÉ EXPLANTÉ

**Important** : Si vous réclamez pour des frais remboursables, ils doivent être équivalents à plus de **100,00 \$ CAN**. Vous pourriez être remboursé jusqu'à 500,00 \$.

Les dépenses **doivent** correspondre aux mesures prises à la suite de la réception de l'avis de St. Jude publié le 10 octobre 2016.

Les frais remboursables pour lesquels il y aura un remboursement comprend, sans toutefois s'y limiter, les consultations supplémentaires à la clinique, les visites à l'hôpital ou les interventions chirurgicales.

Cochez la boîte ci-dessous si vous réclamez pour des frais remboursables et indiquez le montant total que vous réclamez.

√ Si vous réclamez	Indemnisation	Documentation justificative	Montant total que vous réclamez
<input type="checkbox"/>	Frais remboursables	Reçus	<div style="text-align: right;">\$ CAN</div> <div style="text-align: center;">(maximum 500,00 \$ CAN)</div>



# Règlement de l'action collective concernant certains DCI St-Jude

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE LA CLASSE PATIENT

Pour recevoir une indemnité du fonds de règlement, chaque membre du groupe de la classe patient **doit** soumettre un formulaire de réclamation dûment rempli à l'Administrateur des réclamations, accompagné de toute la documentation justificative **au plus tard le 10 janvier 2020**.

### SECTION G : DÉCLARATION SOLENNELLE

Je déclare, sous peine de parjure, que les renseignements figurant sur ce formulaire de réclamation sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de mes connaissances, renseignements, et croyances.

Signé le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_  
Date (Jour mois année) Ville Province

\_\_\_\_\_  
Nom du réclamant en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du réclamant