

La date du cachet postal  
ne peut dépasser le  
17 juillet 2017

RECOURS COLLECTIF CONCERNANT LE FOSAMAX/FOSAVANCE  
ENTENTE DE RÈGLEMENT PANCANADIEN

## **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR DU PRODUIT**

**Confidentiel**

(Veuillez dactylographier ou utiliser un stylo à l'encre bleue ou noire et écrire lisiblement) :

**LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR DU PRODUIT DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'UTILISATEUR DU PRODUIT OU EN SON NOM: C'EST-À-DIRE, PAR LA PERSONNE QUI ALLÈGUE AVOIR PRIS DU FOSAMAX OU DU FOSAVANCE. LE PRÉSENT FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ PAR UN CONJOINT OU UN ENFANT FAISANT VALOIR UNE RÉCLAMATION PAR RICOCHET**

**CATÉGORIE DE RÉCLAMATION :**

Veuillez cocher ci-après le type d'événement(s) qui, selon vos allégations, résulte de l'utilisation de Fosamax/Fosavance. Veuillez prendre note que vous ne pouvez présenter une réclamation que pour une seule fracture atypique du fémur par jambe. Seuls les trois types d'événements énumérés ci dessous sont admissibles à ce régime :

## **COCHEZ LA OU LES CASE(S) APPLICABLES**

**FRACTURE DU FÉMUR ATYPIQUE (JAMBE GAUCHE)**

**FRACTURE DU FÉMUR ATYPIQUE (JAMBE DROITE)**

**OSTÉONÉCROSE DE LA MÂCHOIRE**

Veuillez lire le document suivant intitulé « Entente et Instructions » et remplir le Formulaire de Réclamation en entier.

**DATE LIMITE POUR SOUMETTRE TOUTE DOCUMENTATION DE RÉCLAMATION : 17 JUILLET 2017**

## **ENTENTE ET INSTRUCTIONS**

A. Le présent document est un « Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit » auquel il est fait renvoi dans l'Entente de Règlement Pancanadien des Recours Collectifs datée du 10 avril 2015 relatif au Fosamax et au Fosavance (parfois appelés « alendronate ») aux fins du règlement au Canada, et pour tous les résidents du Canada, de l'ensemble des Réclamations à l'encontre des Parties Merck et des autres Renonciataires et de l'ensemble des Obligations de ceux-ci Liées au Fosamax/Fosavance (l'« Entente de Règlement »). Les expressions débutant par une lettre majuscule utilisées dans le présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit sans y être définies ont le sens qui leur est donné respectivement dans l'Entente de Règlement, notamment à l'Annexe A de celle-ci. En cas d'incompatibilité entre une expression figurant dans le présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit et les expressions figurant dans l'Entente de Règlement, ces dernières prévaudront.

B. Le présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit doit être utilisé pour soumettre une réclamation pour préjudice corporel allégué et toute réclamation pour perte de revenus par tout Utilisateur du Produit ou en son nom. Seules les personnes au Canada qui se sont fait prescrire et qui ont consommé du Fosamax et/ou du Fosavance, qu'elles soient à ce jour vivantes ou décédées (à l'exception de toute Personne Exclue) peuvent soumettre une réclamation alléguée relativement à une ostéonécrose de la mâchoire ou à une fracture du fémur atypique en vertu de l'Entente de Règlement.

C. Veuillez lire le présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit intégralement et répondre à toutes les questions directement sur le Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit (ajouter des feuilles additionnelles au besoin), et ensuite signer et dater le Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit. **TOUT DÉFAUT DE RÉPONDRE COMPLÈTEMENT À TOUTES LES QUESTIONS FIGURANT SUR LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR DU PRODUIT ET/OU DE SIGNER LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR DU PRODUIT ENTRAÎNERA LE REJET DE VOTRE RÉCLAMATION.** Malgré ce qui précède, vous devez remplir la partie B du Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit seulement si vous réclamez une Indemnité pour Perte de Revenus en plus d'une Indemnité Fondée sur les Points pour un préjudice corporel, et l'omission de remplir la partie B du Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit n'aura pas d'incidence sur votre demande d'Indemnité Fondée sur les Points. (Le montant maximal au titre de l'Indemnité Provisoire pour Perte de Revenus qui peut être accordée à tout Réclamant Utilisateur du Produit ne peut excéder 54 000 \$ et le montant total des Indemnités pour Perte de Revenus qui peuvent être accordées à tous les Réclamants Utilisateurs du Produit ne peut excéder 162 000 \$). Toutefois, vous ne pouvez décider de remplir uniquement la partie B du Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit; vous devez dans tous les cas remplir les parties A et C du Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit (et vous ne pouvez recevoir d'Indemnité pour Perte de Revenus à moins qu'il ne soit déterminé que vous êtes admissible à une Indemnité Fondée sur les Points).

D. **AU PLUS TARD LE 17 JUILLET 2017, VOUS DEVEZ FAIRE SIGNIFIER** chacun des documents suivants : (1) le Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit rempli et daté; (2) vos dossiers médicaux, dentaires et pharmaceutiques (voir la section 9 de la partie A du Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit pour une description des exigences quant aux dossiers médicaux, dentaires et pharmaceutiques); et (3) le Certificat de Signification du Formulaire de Réclamation signé et daté (la case appropriée étant cochée) joint au présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit. Tous ces documents doivent être envoyés à l'Administrateur des Réclamations à l'adresse suivante :

**Recours Collectif Concernant le Fosamax/Fosavance  
RicePoint Administration  
C.P. 3355  
London, Ontario, Canada  
N6A 4K3**

E. Le présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit, dûment rempli et signé, ainsi que tous les dossiers médicaux, dentaires ou pharmaceutiques requis et toute autre documentation requise, doivent être soumis (comme en fait foi la date du cachet postal (si le service postal ordinaire est utilisé) ou la date de réception par l'Administrateur des Réclamations (si un service de messagerie

même jour ou 24 heures est utilisé) ou la date à laquelle il est possible d'accéder à l'envoi à partir du centre de documentation en ligne de l'Administrateur des Réclamations (au [www.fosamaxclassaction.ca](http://www.fosamaxclassaction.ca)) au plus tard le 17 juillet 2017. **LE DÉFAUT DE SOUMETTRE CES DOCUMENTS CONFORMÉMENT AUX PRÉSENTES INSTRUCTIONS AU PLUS TARD À LA DATE LIMITE ENTRAÎNERA LE REJET DE VOTRE RÉCLAMATION.**

F. Chaque Réclamant Utilisateur du Produit doit indiquer son nom complet, sa relation avec l'Utilisateur du Produit allégué, sa date de naissance et l'adresse de tout conjoint, conjoint de fait et/ou enfant qui peut réclamer une indemnité distincte basée sur toute Indemnité Fondée sur les Points accordée au Réclamant Utilisateur du Produit, à la section 2 de la partie A du Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit. (Chacune de ces personnes liées doit séparément soumettre un Formulaire de Réclamation du Réclamant par Ricochet conformément à l'Entente de Règlement afin de réclamer une indemnité distincte basée sur l'indemnité accordée au Réclamant Utilisateur du Produit, mais ce dernier n'est pas responsable d'une telle soumission.)

G. Dans la mesure où la personne qui soumet le présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit au nom du Réclamant Utilisateur du Produit représente un mineur, une personne inapte, une personne frappée d'une incapacité ou la succession d'une personne décédée, ce représentant doit déclarer et garantir qu'il est dûment autorisé en tant que représentant approprié à soumettre la réclamation et en fournir une preuve. Il est de l'entière responsabilité de la personne qui soumet une réclamation de prendre les mesures nécessaires afin d'être dûment nommée comme représentant par ordonnance du tribunal, si les lois applicables l'exigent. De plus, ces personnes doivent respecter toutes les dispositions de l'Entente de Règlement. Si votre représentant dûment approuvé doit faire rapport de toute indemnité à quelque tribunal que ce soit, le montant de cette indemnité devra demeurer strictement confidentiel, tous les documents devront être déposés sous scellés et toutes les auditions devront être tenues en privé dans la mesure permise par la loi applicable. Des projets de toutes procédures judiciaires devront être approuvés par les Parties Merck avant d'être déposés au dossier de la cour.

H. Les signataires du Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit, leurs cabinets d'avocats (le cas échéant) et le Réclamant Utilisateur du Produit identifié aux présentes conviennent expressément de préserver la confidentialité de toute indemnité de compensation qui pourrait résulter de l'Entente de Règlement.

**I. Avis : La soumission d'un Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit et/ou de tout autre document à l'Administrateur des Réclamations, aux Parties Merck, aux Procureurs Principaux ou à toute autre personne ne signifie pas que le Réclamant Utilisateur du Produit recevra quelque paiement que ce soit en vertu de l'Entente de Règlement. Il existe des critères stricts d'admissibilité qui ont été approuvés par les Tribunaux auxquels un Réclamant Utilisateur du Produit doit d'abord satisfaire afin d'avoir droit à un paiement en vertu de l'Entente de Règlement.**

**J. Avis : Vous comprenez et acceptez, comme en fait foi votre signature ci dessous, que vous êtes seul responsable d'acquitter de manière complète et finale toute Sûreté (p. ex. d'un fournisseur d'assistance sociale) qui est liée ou qui peut devenir liée à une date future à toute indemnité ou à tout paiement que vous pourriez recevoir en vertu de l'Entente de Règlement.**

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR DU PRODUIT**  
**À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE, VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS**  
**SUIVANTES FIGURANT SUR LE PRÉSENT FORMULAIRE ET, AU BESOIN, JOINDRE DES**  
**PAGES ADDITIONNELLES**

(Veuillez dactylographier ou utiliser un stylo à l'encre bleue ou noire et écrire lisiblement)

**PARTIE A – À REMPLIR DANS TOUS LES CAS**

**1. Information démographique concernant l'utilisateur allégué du Fosamax et/ou du Fosavance :**

a. Produit de la marque Merck utilisé (p. ex. Fosamax ou Fosavance) :

\_\_\_\_\_

b. Nom actuel et autres noms (p. ex. nom de jeune fille ou de personne mariée) utilisés par l'Utilisateur du Produit durant les dix années précédant l'événement indésirable allégué de l'Utilisateur du Produit :

Titre civil :      M              Mme              Dr

\_\_\_\_\_

Prénom    Second prénom    Nom de famille

\_\_\_\_\_

Nom de famille antérieur

c. Adresse résidentielle actuelle ou dernière adresse connue de l'Utilisateur du Produit allégué :

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville    Province /Territoire    Code postal

(      )    (      )    \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone le jour

Numéro de téléphone le soir

Adresse de courriel

d. Si vous êtes un résident d'une province, d'un territoire ou d'un pays autre que celui indiqué à la section 1.c ci-dessus, veuillez préciser cette province, ce territoire ou ce pays. (Note : Si vous laissez l'espace ci-dessous en blanc, vous serez réputé avoir affirmé que vous êtes un résident de la province ou du territoire indiqué à la section 1.c ci-dessus.) :

\_\_\_\_\_

Province/territoire    Pays

e. Date de naissance de l'Utilisateur du Produit allégué : \_\_\_\_\_

(Jour/Mois/Année)

f. Numéro de carte de santé (assurance-maladie)  
de l'Utilisateur du Produit allégué : \_\_\_\_\_

g. Langue de préférence :      Anglais                      Français

## 2. Information concernant le conjoint et/ou les enfants

Information concernant tout conjoint (ou ancien conjoint) ou enfant de l'Utilisateur du Produit allégué qui pourrait être en droit de soumettre une réclamation par ricochet liée à la réclamation de l'utilisateur allégué du Fosamax et/ou du Fosavance mentionné ci-dessus. Pour être un Membre de la Famille Admissible, cette personne devait être le conjoint ou l'enfant de l'Utilisateur du Produit au moment de la fracture du fémur atypique et/ou de l'ostéonécrose de la mâchoire alléguées. Veuillez joindre une (des) feuille(s) séparée(s) au besoin afin de répondre à toutes les questions suivantes pour chaque Membre de la Famille Admissible :

**Note : Le fait que le Réclamant Utilisateur du Produit ait rempli la présente section ne dispense pas toute personne liée mentionnée dans celle-ci de l'exigence de soumettre un Formulaire de Réclamation du Réclamant par Ricochet; chacune de ces personnes liées doit soumettre séparément un Formulaire de Réclamation du Réclamant par Ricochet conformément à l'Entente de Règlement afin de réclamer une indemnité distincte, mais le Réclamant Utilisateur du Produit n'est pas responsable d'une telle soumission.**

Nom actuel et autres noms (p. ex. nom de jeune fille ou de personne mariée) utilisés par chaque Membre de la Famille Admissible et nature de leur relation avec l'Utilisateur du Produit allégué mentionné ci-dessus :

Titre civil :     M            Mme            Dr

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Nom de famille

\_\_\_\_\_

Nom de famille antérieur

\_\_\_\_\_

Relation avec l'Utilisateur du Produit allégué (c.-à-d. conjoint (ou ancien conjoint) ou enfant)     Date de naissance (Jour/Mois/Année)

\_\_\_\_\_

En couple avec l'Utilisateur du Produit allégué (le cas échéant) (préciser les dates)

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Province /Territoire

\_\_\_\_\_

Code postal

(    )

(    )

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone le jour

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone le soir

\_\_\_\_\_

Adresse de courriel

Langue de préférence :     Anglais            Français

Membres de la Famille Admissibles supplémentaires en pièce jointe \_\_\_\_\_

## 3. Information à propos d'un représentant légal (p. ex. liquidateur de la succession du Réclamant Utilisateur du Produit) (le cas échéant)

**La présente section doit être remplie uniquement si la réclamation est présentée par un représentant légal (p. ex. un tuteur) pour le compte d'un Réclamant Utilisateur du Produit.**

Si vous remplissez le présent Formulaire de Réclamation de l'Utilisateur du Produit en tant que représentant légal de l'Utilisateur du Produit allégué, veuillez inclure les détails de votre relation avec l'Utilisateur du Produit allégué (p. ex. liquidateur de la succession d'un Utilisateur du Produit allégué) et si vous êtes un représentant nommé par le tribunal, veuillez joindre des copies des ordonnances du tribunal par lesquelles vous avez été ainsi nommé :

Type de représentant légal (p. ex. liquidateur de succession, tuteur) : \_\_\_\_\_

Titre civil :      M              M<sup>me</sup>              Dr

\_\_\_\_\_

Prénom

Nom de famille

\_\_\_\_\_

Nom de famille antérieur

\_\_\_\_\_

Relation avec l'Utilisateur du Produit allégué (c.-à-d. conjoint ou enfant)

Date de naissance (Jour/Mois/Année)

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

Province /Territoire

Code postal

(      )

Numéro de téléphone le jour

(      )

Numéro de téléphone le soir

\_\_\_\_\_

Adresse de courriel

Langue de préférence :      Anglais              Français

#### **4. Identification du procureur (le cas échéant)**

**La présente section doit être remplie uniquement si un avocat représente l'Utilisateur du Produit allégué :**

\_\_\_\_\_

Nom du cabinet d'avocats

Nom de famille de l'avocat	Prénom	Initiale du second prénom
Adresse		
Ville	Province	Code postal
( )	( )	
N° de téléphone	N° de télécopieur	Courriel
Numéro d'inscription au Barreau		
Langue de préférence :      Anglais      Français		

Note : Si vous remplissez la section 4 (de la présente partie A) ci-dessus, toute correspondance sera envoyée à votre avocat, qui doit aviser l'Administrateur des Réclamations de tout changement quant à son adresse postale. Si vous changez d'avocat, vous devez aviser par écrit l'Administrateur des Réclamations des nouvelles coordonnées de celui-ci.

**5. Faits concernant la consommation du Fosamax par l'Utilisateur du Produit allégué (veuillez prendre note que les faits relatifs à l'utilisation alléguée du Fosavance et d'alendronate de marque générique doivent être fournis ci dessous) :**

- a. Date du début de l'utilisation du Fosamax : \_\_\_\_\_
- b. Date de l'arrêt de l'utilisation du Fosamax : \_\_\_\_\_
- c. Dose de Fosamax consommée le plus fréquemment : \_\_\_\_\_  
( [ ] , [ ] ou [ ]mg)
- d. Fréquence de consommation du Fosamax :
  - Chaque jour :
  - Au besoin :
  - Autre :
  - Si autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_
- e. L'utilisateur allégué du Fosamax prenait-il du Fosamax au moment de son Événement?

OUI      NON

f. Veuillez énumérer chaque fournisseur de soins de santé ayant prescrit ou fourni du Fosamax à l'utilisateur allégué du Fosamax. Veuillez donner leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone :

---

---

---

---

---

g. Veuillez énumérer chaque pharmacie où des prescriptions de Fosamax ont été remplies par l'utilisateur allégué du Fosamax ou pour le compte de celui-ci. Veuillez donner leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone :

---

---

---

---

---

h. Veuillez fournir une copie des Dossiers Pharmaceutiques complets pour toute la période allant de la première utilisation alléguée du Fosamax jusqu'à l'Événement Admissible allégué (ou si plus d'un Événement Admissible est allégué, jusqu'à la date du dernier Événement Admissible allégué).

Dossiers Pharmaceutiques complets joints

OU

n<sup>bre</sup> de pages

En l'absence de dossiers pharmaceutiques, veuillez remplir le tableau qui suit :

Nom du médicament	Date(s) d'utilisation	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé ayant signé l'ordonnance



- i. Si des échantillons de Fosamax ont été donnés à l'utilisateur allégué du Fosamax, pour chaque fourniture d'échantillons, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du fournisseur de soins de santé ayant fourni les échantillons, la date de fourniture des échantillons et le nombre précis de comprimés de Fosamax fournis à l'utilisateur du Fosamax allégué.

Fournisseur des échantillons	Date de fourniture des échantillons	Nombre d'échantillons fournis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**6. Faits concernant la consommation du Fosavance par l'Utilisateur du Produit allégué (le cas échéant) :**

- a. Date du début de l'utilisation du Fosavance : \_\_\_\_\_
- b. Date de l'arrêt de l'utilisation du Fosavance : \_\_\_\_\_
- c. Dose de Fosavance consommée le plus fréquemment : \_\_\_\_\_  
([ \_\_ ], [ \_\_ ] ou [ \_\_ ]mg)

- d. Fréquence de consommation du Fosavance :
- Chaque jour : \_\_\_\_\_
- Au besoin : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_
- Si autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

- e. L'utilisateur allégué du Fosavance prenait-il du Fosavance au moment de son Événement?
- OUI      NON

- f. Veuillez énumérer chaque fournisseur de soins de santé ayant prescrit ou fourni du Fosavance à l'utilisateur allégué du Fosavance. Veuillez donner leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- g. Veuillez énumérer chaque pharmacie où les prescriptions de Fosavance ont été remplies par l'utilisateur allégué du Fosavance ou pour le compte de celui-ci. Veuillez donner leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone :

---



---



---



---

- h. Veuillez fournir une copie des Dossiers pharmaceutiques complets pour toute la période allant de la première utilisation alléguée du Fosavance jusqu'à l'Événement Admissible allégué (ou si plus d'un Événement Admissible est allégué, jusqu'à la date du dernier Événement Admissible allégué).

Dossiers Pharmaceutiques complets joints OU  
n<sup>bre</sup> de pages

En l'absence de dossiers pharmaceutiques, veuillez remplir le tableau qui suit :

Nom du médicament	Date(s) d'utilisation	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé ayant signé l'ordonnance

- i. Si des échantillons de Fosavance ont déjà été donnés à l'utilisateur allégué du Fosavance, pour chaque fourniture d'échantillons, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du fournisseur de soins de santé ayant fourni les échantillons, la date de fourniture des échantillons et le nombre précis de comprimés de Fosavance fournis à l'utilisateur du Fosavance allégué.

Fournisseur des échantillons	Date de fourniture des échantillons	Nombre d'échantillons fournis

**7. Faits concernant la consommation d'alendronate de marque générique par l'Utilisateur du Produit allégué (le cas échéant) (joindre au besoin des pages supplémentaires afin de répondre à toutes les questions qui suivent pour chaque marque utilisée) :**

- a. Nom de l'alendronate générique utilisé : \_\_\_\_\_
- b. Date du début de l'utilisation du médicament générique : \_\_\_\_\_
- c. Date de l'arrêt de l'utilisation du médicament générique : \_\_\_\_\_
- d. Dose de médicament générique consommée le plus fréquemment : \_\_\_\_\_  
( [ \_ ] , [ \_ ] ou [ \_ ] mg)
- e. Fréquence de consommation du médicament générique :

Chaque jour :

Au besoin :

Autre :

Si autre, veuillez spécifier : \_\_\_\_\_

- f. L'Utilisateur du Produit allégué prenait-il le médicament générique au moment de son Événement?  
OUI      NON

- g. Veuillez énumérer chaque fournisseur de soins de santé ayant prescrit ou fourni l'alendronate de marque générique indiqué au point a) ci dessus à l'Utilisateur du Produit allégué. Veuillez donner leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone :

---

---

---

---

---

- h. Veuillez fournir une copie des Dossiers Pharmaceutiques complets pour toute la période allant de la première utilisation alléguée de l'alendronate de marque générique indiqué au point a) ci dessus jusqu'à l'Événement Admissible allégué (ou si plus d'un Événement Admissible est allégué, jusqu'à la date du dernier Événement Admissible allégué).

Dossiers Pharmaceutiques complets joints

OU

nombre de pages

En l'absence de dossiers pharmaceutiques, veuillez remplir le tableau qui suit :

Nom du médicament	Date(s) d'utilisation	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé ayant signé l'ordonnance

- i. Veuillez énumérer chaque pharmacie où les prescriptions d'alendronate de marque générique indiqué au point a) ci-dessus ont été remplies par l'Utilisateur du Produit allégué ou pour le compte de celui-ci. Veuillez donner leur(s) nom(s), adresse et numéro de téléphone :

---

---

---

---

---

- j. Si des échantillons d'alendronate de marque générique indiqué au point a) ci-dessus ont été donnés à l'Utilisateur du Produit allégué, pour chaque fourniture d'échantillons, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du fournisseur de soins de santé ayant fourni les échantillons, la date à laquelle les échantillons ont été fournis et le nombre précis de comprimés d'alendronate de marque générique fournis à l'Utilisateur du Produit allégué.

Fournisseur des échantillons

Date de fourniture des échantillons

Nombre d'échantillons fournis

---

---

---

---

---

**8. Événement(s) Admissible(s) allégué(s) :**

**Veillez fournir l'information demandée ci-dessous pour votre ou vos Événement(s) Admissible(s) allégué(s). Seuls les trois types d'Événements Admissibles indiqués ci dessous seront considérés en vertu de l'Entente de Règlement. Veillez prendre note que vous ne pouvez présenter une réclamation que pour une seule fracture du fémur atypique par jambe.**

a. Événement Admissible allégué :

COCHEZ LA OU LES CASES APPLICABLES

Fracture du fémur atypique (jambe gauche)

Fracture du fémur atypique (jambe droite)

Ostéonécrose de la mâchoire

b. Date de l'Événement Admissible allégué :

\_\_\_\_\_ (Jour/Mois/Année)

c. Où avez-vous été traité pour votre Événement Admissible allégué? Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque hôpital, centre médical, clinique dentaire ou autre établissement de soins de santé.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d. RÉPONDEZ À CETTE QUESTION UNIQUEMENT SI L'ÉVÉNEMENT ADMISSIBLE ALLÉGUÉ EST UNE FRACTURE DU FÉMUR ATYPIQUE.

Qui était l'orthopédiste, l'omnipraticien ou l'autre docteur/médecin ou fournisseur de soins de santé pendant la période de un (1) an précédant l'Événement Admissible allégué et vous ayant traité immédiatement après votre Événement Admissible allégué pour les préjudices allégués subis durant votre Événement Admissible allégué?

**NOTE :** Veuillez indiquer tous les fournisseurs de soins de santé pendant la période de un (1) an précédant l'Événement Admissible allégué et pendant la période de six (6) mois qui y a fait suite.

Veillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque fournisseur de soins de santé.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

e. RÉPONDEZ À CETTE QUESTION UNIQUEMENT SI L'ÉVÉNEMENT ADMISSIBLE ALLÉGUÉ EST UNE OSTÉONÉCROSE DE LA MÂCHOIRE.

Veillez indiquer le(s) médecin(s) habituel(s), le(s) dentiste(s) ou les autres fournisseurs de soins dentaires ou de soins de santé habituel(s) de l'Utilisateur du Produit allégué, pendant la période de un (1) an précédant l'Événement Admissible allégué et vous ayant traité immédiatement après et pendant la période de six (6) mois suivant la survenance de votre Événement Admissible allégué.

**NOTE** : Veuillez indiquer tous les fournisseurs de soins de santé pendant la période de un (1) an précédant l'Événement Admissible allégué et pendant la période de six (6) mois qui y a fait suite.

Veillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque fournisseur de soins de santé.

---

---

---

---

---

---

**NOTE** : Si vous allégués plus d'un Événement Admissible, vous devez fournir l'information demandée à la section 8 de façon distincte pour chacun de ces Événements Admissibles allégués. Utilisez des copies des pages au besoin.

## 9. Exigences quant aux Dossiers Médicaux, Dentaires et Pharmaceutiques :

**NOTE : LE DÉFAUT DE SE CONFORMER AUX EXIGENCES SUIVANTES EN CE QUI CONCERNE VOS DOSSIERS AURA POUR CONSÉQUENCE DE RENDRE VOTRE RÉCLAMATION INADMISSIBLE AUX FINS DE PAIEMENT.**

Il s'agit d'une exigence stricte de l'Entente de Règlement que tous les Réclamants Utilisateurs du Produit déposent des copies conformes, complètes et exactes des Dossiers PME, comme il est décrit et détaillé ci dessous. Ceci est nécessaire pour que l'Administrateur des Réclamations évalue de manière appropriée si un Réclamant Utilisateur du Produit satisfait aux Conditions d'Admissibilité et effectue une évaluation de la réclamation de chaque Réclamant Utilisateur du Produit. Ainsi, l'Administrateur des Réclamations analysera de manière attentive le caractère complet de chaque Documentation de Réclamation afin de s'assurer qu'un exemplaire complet des Dossiers PME requis a été déposé et que rien ne laisse supposer qu'un dossier ait été omis ou modifié de quelque manière que ce soit par le Réclamant Utilisateur du Produit ou par les procureurs du Réclamant Utilisateur du Produit. La non communication ou la modification intentionnelle de dossiers sera traitée conformément à l'Article 4.6 de l'Entente de Règlement concernant les réclamations frauduleuses.

## Définitions :

« Documentation d'Identification du Produit » signifie ce qui suit (dans chaque cas pour toute la période allant de la première utilisation alléguée du Fosamax, du Fosavance et/ou d'alendronate de marque générique jusqu'à(aux) Événement(s) Admissible(s) allégué(s)) :

(a) selon le cas :

- i. **des Dossiers Pharmaceutiques de toutes les pharmacies qui ont dispensé du Fosamax, du Fosavance et/ou de l'alendronate de marque générique au Réclamant Utilisateur du Produit; ou**
- ii.  **dans l'éventualité où les Dossiers Pharmaceutiques d'un Réclamant Utilisateur du Produit n'existent plus parce qu'ils ont été détruits conformément à une politique de conservation des dossiers, en raison d'une catastrophe naturelle ou pour une autre raison indépendante de la volonté du Réclamant Utilisateur du Produit;**
  - A.  **une preuve objective, jugée satisfaisante par l'Administrateur des Réclamations, les Parties Merck et les Procureurs Principaux, du fait que les Dossiers Pharmaceutiques attestant la prescription du Fosamax, du Fosavance et/ou d'alendronate de marque générique au Réclamant Utilisateur du Produit n'existent plus et expliquant la raison pour laquelle ces Dossiers Pharmaceutiques n'existent plus;**
  - B.  **d'autres Dossiers Médicaux contemporains attestant l'utilisation du Fosamax, du Fosavance et/ou d'alendronate de marque générique par le Réclamant Utilisateur du Produit (auquel cas l'étendue de cette utilisation continuera d'être établie conformément à la Pièce 4.7(2)(C) de l'Entente de Règlement);**

(b) des dossiers relatifs au Réclamant Utilisateur du Produit d'un organisme de soins de santé provincial qui tient un registre central de toutes les prescriptions dispensées à une personne; ou

(c) des dossiers d'assurance indiquant l'achat de Fosamax, de Fosavance et/ou d'alendronate de marque générique par le Réclamant Utilisateur du Produit.

« Documentation Médicale Justificative » signifie ce qui suit :

- i. les Dossiers de l'Événement; et
- ii. les Dossiers Médicaux de tous les fournisseurs de soins de santé (y compris, sans s'y limiter, dans le cas d'un Événement Admissible allégué d'ONM, un dentiste ou un cabinet dentaire) qui ont fourni des soins et des traitements au Réclamant Utilisateur du Produit durant (à l'égard de chaque Événement Admissible allégué) une période de un an précédant l'Événement Admissible allégué et une période de six (6) mois suivant l'Événement Admissible allégué.

« Dossiers de l'Événement » signifie :

- (a) relativement à un Événement Admissible allégué d'ostéonécrose de la mâchoire (« ONM »), (i) des Dossiers Médicaux contemporains indiquant un diagnostic d'ONM ou (ii) au moins six (6) semaines consécutives d'exposition osseuse ou (iii) au moins huit (8) semaines consécutives de non-guérison d'un site d'extraction ou d'un autre site de chirurgie bucco-dentaire; ou
- (b) relativement à un Événement Admissible allégué de fracture du fémur atypique (« FFA »), (i) des Dossiers Médicaux contemporains indiquant un diagnostic de FFA

ou (ii) la satisfaction de la définition de FFA énumérés dans le rapport de l'ASBMR Task Force publié dans le JBMR, vol. 29, numéro 1, p. 14, tableau 3 (2014).

« Dossiers Médicaux » signifie le dossier entier maintenu par un établissement ou un professionnel de la santé (notamment un dentiste ou une clinique dentaire) concernant les antécédents, les soins, le diagnostic et les traitements médicaux et/ou dentaires d'un Réclamant Utilisateur du Produit incluant des formulaires de renseignement pour nouveau patient remplis par un Réclamant Utilisateur du Produit ou au nom de celui-ci, les notes de médecins, les notes de dentistes, les notes d'infirmiers, les ordonnances de médecins, les rapports de consultations, les rapports d'examen de laboratoire, les rapports de radiologie, les rapports de tomodensitographie, les rapports d'IRM, les rapports des procédures, tests ou études d'imagerie diagnostiques, les protocoles opératoires, les antécédents et examens physiques, les rapports de pathologie, les sommaires d'admission, les sommaires de congé, les formulaires de consentement, les dossiers de prescriptions ou d'administration de médication, et toutes les communications entre un fournisseur de soins de santé et un Réclamant Utilisateur du Produit ou entre deux ou plusieurs fournisseurs de soins de santé concernant un Réclamant Utilisateur du Produit.

« Dossiers Pharmaceutiques » signifie tous les documents qui sont liés à la préparation et à la délivrance de médicaments, de dispositifs médicaux ou d'autres modalités de traitement par une pharmacie ou toute autre Personne qui délivre des médicaments d'ordonnance ou par un organisme provincial de soins de santé qui possède un registre central de toutes les prescriptions établies au nom d'une personne.

« Dossiers PME » signifie la Documentation d'Identification du Produit et la Documentation Médicale Justificative.

« Événement Admissible » signifie une ostéonécrose de la mâchoire ou une fracture du fémur atypique. Veuillez prendre note que vous ne pouvez présenter une réclamation que pour une seule fracture du fémur atypique par jambe. Si un Réclamant Utilisateur du Produit a subi de multiples fractures à la même jambe, il doit préciser dans la Documentation de Réclamation quelle fracture sera le fondement unique de la réclamation présentée relativement à cette jambe.

1. TOUS les Réclamants Utilisateurs du Produit devront produire les documents qui suivent :

a. Une déclaration sous serment, sous peine de parjure, des Réclamants Utilisateurs du Produit selon laquelle les Dossiers PME produits constituent des copies conformes, complètes et exactes des dossiers fournis par le(s) fournisseur(s) des soins de santé (notamment le ou les fournisseurs de soins dentaires, la ou les pharmacies, les organismes provinciaux de soins de santé et/ou les sociétés d'assurance).

2. TOUS les Réclamants Utilisateurs du Produit devront produire, relativement à leur(s) Événement(s) Admissible(s) allégué(s) :

a. toute la Documentation Médicale Justificative; et

b. toute la Documentation d'Identification du Produit.

**NOTE : Si vous alléguiez plus d'un Événement Admissible, l'information fournie aux termes de la présente section 9 doit répondre aux exigences énoncées dans la présente section 9 relativement à chacun de ces Événements Admissibles allégués.**

## **PARTIE B – À REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS DEMANDEZ UNE INDEMNITÉ POUR PERTE DE REVENUS**

**NOTE : VOUS DEVEZ FOURNIR LA DOCUMENTATION PRÉCISÉE DANS LA PRÉSENTE PARTIE B POUR DEMANDER UNE INDEMNITÉ POUR PERTE DE REVENUS EN PLUS D'UNE INDEMNITÉ FONDÉE SUR LES POINTS POUR PRÉJUDICE CORPOREL. TOUTEFOIS, LA DEMANDE D'INDEMNITÉ POUR PERTE DE REVENUS EST FACULTATIVE; LES UTILISATEURS DU PRODUIT N'ONT PAS BESOIN DE DEMANDER D'INDEMNITÉ POUR PERTE DE REVENUS POUR DEMANDER OU RECEVOIR UNE INDEMNITÉ FONDÉE SUR LES POINTS.**



**NOTE : L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS N'ACCORDERA PAS D'INDEMNITÉ PROVISOIRE POUR PERTE DE REVENUS DE MOINS DE 27 000 \$. AINSI, POUR ÊTRE ÉVENTUELLEMENT ADMISSIBLE À UNE INDEMNITÉ PROVISOIRE POUR PERTE DE REVENUS, VOUS SEREZ TENUS DE PRODUIRE LA « DOCUMENTATION » (AU SENS DÉFINI CI APRÈS) ATTESTANT UN « REVENU PERDU IDENTIFIÉ » (AU SENS DÉFINI CI APRÈS) D'AU MOINS 27 000 \$.**

Je demande par les présentes une Indemnité pour Perte de Revenus aux termes de l'Entente de Règlement.

**1. Faits concernant une Perte de Revenus alléguée :**

- a. Les revenus bruts tirés du salaire du Réclamant Utilisateur du Produit pour chacune des trois périodes de 12 mois consécutives précédant la date de l'Événement Admissible allégué :

Première période de 12 mois précédant l'Événement Admissible allégué : \_\_\_\_\_ \$

Deuxième période de 12 mois précédant l'Événement Admissible allégué : \_\_\_\_\_ \$

Troisième période de 12 mois précédant l'Événement Admissible allégué : \_\_\_\_\_ \$

- b. Les revenus bruts tirés du salaire du Réclamant Utilisateur du Produit pour la période de 12 mois suivant la date de l'Événement Admissible allégué : \_\_\_\_\_ \$

**Note : Si vous alléguiez plus d'un Événement Admissible (à l'égard duquel vous alléguiez avoir un Revenu Perdu Identifié), l'information fournie aux termes de la présente section 1 doit être fournie séparément pour chaque Événement Admissible allégué (toutefois, un Revenu Perdu Identifié ne sera en aucun cas compté plus d'une fois pour des périodes de chevauchement entre les différents Événements Admissibles).**

**2. Faits concernant le lien entre la perte alléguée de revenus bruts tirés du salaire et l'Événement Admissible allégué.**

Veuillez décrire ci-dessous la façon dont le Revenu Perdu Identifié du Réclamant Utilisateur du Produit allégué à la section 4 de la présente partie B ci-dessous résulte du ou des Événement(s) Admissible(s) allégué(s) du Réclamant Utilisateur du Produit.

---

---

---

---

---

---

**3. Faits concernant le remboursement ou l'admissibilité au remboursement de la perte alléguée de revenus bruts tirés du salaire liée à l'Événement Admissible allégué.**

Veuillez décrire ci-dessous tout remboursement que le Réclamant Utilisateur du Produit a reçu ou pourrait être admissible à recevoir, à l'égard de la totalité ou d'une partie de la perte de revenus bruts tirés du salaire alléguée que le Réclamant Utilisateur du Produit allègue avoir subie en raison du ou des Événement(s) Admissible(s) allégués.

---

---

---

---

---

#### 4. Revenu Perdu Identifié allégué.

Le Revenu Perdu Identifié du Réclamant Utilisateur du Produit est de \_\_\_\_\_ \$. Le « Revenu Perdu Identifié » signifie les revenus bruts tirés du salaire que le Réclamant Utilisateur du Produit a perdu antérieurement, dans la mesure où ces revenus bruts tirés du salaire (i) ont été perdus en raison des Événements(s) Admissible(s) allégué(s) du Réclamant Utilisateur du Produit et (ii) n'ont pas été remboursés et ne sont pas admissibles à un remboursement.

#### 5. Documentation Relative à la Perte de Revenus.

Il s'agit d'une exigence stricte de l'Entente de Règlement que tous les Réclamants Utilisateurs du Produit déposent des copies conformes, complètes et exactes de la Documentation relative au Revenu Perdu Identifié, comme il est décrit ci dessous. Ceci est nécessaire pour que l'Administrateur des Réclamations évalue de manière appropriée si un Réclamant Utilisateur du Produit a un Revenu Perdu Identifié et le montant de celui ci et effectue une évaluation de la réclamation d'Indemnité pour Perte de Revenus de chaque Réclamant Utilisateur du Produit aux termes des Critères de Détermination des Indemnités Provisoires pour Perte de Revenus. Ainsi, l'Administrateur des Réclamations analysera de manière attentive le caractère complet et suffisant de la Documentation relative au Revenu Perdu Identifié fournie afin de s'assurer que la Documentation adéquate a été produite et que rien ne laisse supposer que des dossiers pertinents aient été omis ou modifiés de quelque manière que ce soit par le Réclamant Utilisateur du Produit ou par les procureurs du Réclamant Utilisateur du Produit. La non-communication ou la modification intentionnelle de dossiers sera sanctionnée de la manière prévue à l'Article 4.6 de l'Entente de Règlement concernant les réclamations frauduleuses.

La « Documentation » signifie (i) les Dossiers Médicaux, les dossiers de facturation, les déclarations de revenus ou les relevés T4 – État de la rémunération payée ou (ii) les autres documents ou preuves demandés, ou par ailleurs jugés acceptables, par l'Administrateur des Réclamations (avec le consentement des Parties Merck et des Procureurs principaux).

1. TOUS les Réclamants Utilisateurs du Produit qui demandent une Indemnité pour Perte de Revenus devront produire une déclaration sous serment, sous peine de parjure, des Réclamants Utilisateurs du Produit selon laquelle (i) la Documentation produite (x) constitue des copies conformes, complètes et exactes des dossiers fournis par le ou les fournisseurs de soins de santé, le ou les employeurs et/ou les organismes gouvernementaux et (y) reflète exactement les revenus bruts tirés du salaire du Réclamant Utilisateur du Produit pour chacune des périodes de 12 mois visées par la section 1 de la présente partie B ci dessus, (ii) le Revenu Perdu Identifié du Réclamant Utilisateur du Produit n'est pas inférieur au montant indiqué à la section 4 de la présente partie B et (iii) le Revenu Perdu Identifié allégué par le Réclamant Utilisateur du Produit à la section 4 de la présente partie B (x) résulte d'un ou de plusieurs Événements Admissibles allégués du Réclamant Utilisateur du Produit et (y) n'a été pas été remboursé et n'est pas admissible à un remboursement.
2. TOUS les Réclamants Utilisateurs du Produit qui demandent une Indemnité pour Perte de Revenus devront produire, relativement à leur(s) Événement(s) Admissible(s) allégué(s), la Documentation relative aux revenus bruts tirés du salaire du Réclamant Utilisateur du Produit pour chacune des périodes de 12 mois visées par la section 1 de la présente partie B ci-dessus.

## PARTIE C – À REMPLIR DANS TOUS LES CAS

### EN SIGNANT CI-DESSOUS, VOUS RECONNAISSEZ ET ACCEPTEZ CE QUI SUIT :

#### A. VOUS DÉCLAREZ SOUS PEINE DE PARJURE QUE

- i. VOUS ÊTES L'UTILISATEUR DU PRODUIT OU UN REPRÉSENTANT LÉGAL INDIQUÉ À LA SECTION 3 DE LA PARTIE A CI DESSUS.
- ii. TOUTE L'INFORMATION TRANSMISE ET SOUMISE DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR DU PRODUIT EST CONFORME ET EXACTE.
- iii. TOUTES LES COPIES DES DOSSIERS PME TRANSMIS (ET DE LA DOCUMENTATION RELATIVE À LA PERTE DE REVENUS, S'IL Y A LIEU) CONSTITUENT DES COPIES CONFORMES, COMPLÈTES ET EXACTES DES DOSSIERS FOURNIS PAR LES DÉPOSITAIRES DES DOSSIERS APPLICABLES.

B. SI VOUS AVEZ PRÉCÉDEMMENT CHOISI DE VOUS EXCLURE DU RECOURS COLLECTIF DONT VOUS ÉTIEZ MEMBRE, VOUS CHOISISSEZ PAR LES PRÉSENTES DE PARTICIPER À L'ENTENTE DE RÈGLEMENT ET D'ÊTRE LIÉ PAR LES CONDITIONS DE CELLE CI, NOTAMMENT, SANS S'Y LIMITER, L'ARTICLE 5.1 DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT. CECI SIGNIFIE, SANS S'Y LIMITER, QU'EN SIGNANT LE PRÉSENT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE L'UTILISATEUR DU PRODUIT, AUX TERMES DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT, VOUS DONNEZ À CHAQUE RENONCIATAIRE (AU SENS DÉFINI DANS L'ENTENTE DE RÈGLEMENT) UNE QUITTANCE COMPLÈTE ET FINALE DE TOUTES LES RÉCLAMATIONS/OBLIGATIONS QUITTANCÉES (AU SENS DÉFINI DANS L'ENTENTE DE RÈGLEMENT) COMME IL EST PRÉVU À L'ARTICLE 5.1 DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT.

C. VOUS VOUS CONFORMEREZ À TOUT AUDIT ENTREPRIS AU GRÉ DE L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS, NOTAMMENT LA SIGNATURE D'UN CONSENTEMENT POUR LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX AU BESOIN. LE REFUS DE SE CONFORMER À UN AUDIT OU LE FAIT DE NUIRE À UN AUDIT ENTRAÎNERA L'INADMISSIBILITÉ À TOUT PAIEMENT AUX TERMES DE L'ENTENTE DE RÈGLEMENT, NOTAMMENT LA RÉVOCATION DE TOUTE INDEMNITÉ PRÉCÉDEMMENT ACCORDÉE.

D. VOUS ÊTES ENTIÈREMENT RESPONSABLE D'ACQUITTER ET DE LIBÉRER TOUTES LES SÛRETÉS RELATIVES À TOUTE INDEMNITÉ QUI VOUS EST ACCORDÉE (P. EX. LORSQU'UN ORGANISME QUI VOUS A FOURNI DE L'ASSISTANCE SOCIALE A DROIT À UNE PARTIE DE L'INDEMNITÉ). ON NE PEUT FAIRE VALOIR AUCUNE SÛRETÉ À L'ENCONTRE DE MERCK, DE L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS OU DES FONDS DÉTENUS EN TOUT TEMPS DANS LE COMPTE DU RÈGLEMENT.

#### Avis de confidentialité

Tous les renseignements personnels fournis par le Réclamant, ou pour son compte, à l'Administrateur des Réclamations seront traités conformément aux lois sur la protection des renseignements personnels applicables et aux politiques sur la protection des renseignements personnels de l'Administrateur des Réclamations affichées au [fr.ricepoint.com](http://fr.ricepoint.com). Ces renseignements seront utilisés aux fins de l'administration de l'Entente de Règlement, y compris l'évaluation par l'Administrateur des Réclamations, les Procureurs du Groupe, les Procureurs de la Défense, l'Assesseur nommé par les Tribunaux et les Tribunaux de l'admissibilité du Réclamant aux termes de l'Entente de Règlement. Les renseignements personnels fournis par le Réclamant ne seront pas communiqués sans le consentement écrit formel du Réclamant, sauf aux Procureurs du Groupe, aux Procureurs de la Défense, à l'Assesseur nommé par les Tribunaux et aux Tribunaux; aux personnes adéquates dans la mesure nécessaire pour traiter les réclamations ou procurer les avantages aux termes de l'Entente de Règlement; comme il est prévu expressément par ailleurs dans l'Entente de Règlement; aux termes d'une ordonnance d'un tribunal ou tel qu'autrement permis ou requis par la loi; comme il peut être raisonnablement nécessaire pour exécuter, ou, pour les Procureurs du Groupe ou les Procureurs de la Défense, pour exercer leurs droits respectifs (y compris leurs droits respectifs de réponse et d'appel) aux termes de la présente Entente de Règlement; ou aux membres de la famille immédiate, procureurs, comptables et/ou conseillers financiers du Réclamant (chacun desquels devra avoir reçu du Réclamant instruction de protéger et de respecter la confidentialité de cette information).

L'« Administrateur des Réclamations » est défini comme **RicePoint Administration Inc.**

Les « Procureurs de la Défense » sont définis comme Merck Canada Inc. (anciennement appelée Merck Frosst Canada Ltée), Merck Frosst Canada & Cie, Merck & Co., Inc., Merck Sharp & Dohme Corp. (anciennement appelée Merck & Co, Inc.), Blake, Cassels & Graydon S.E.N.C.R.L./s.r.l. et Goldman Ismail Tomaselli Brennan & Baum LLP.

Les « Procureurs du Groupe » sont définis comme McKenzie Lake Lawyers LLP.

**VEUILLEZ VOUS ASSURER DE SIGNER ET DE DATER LE PRÉSENT FORMULAIRE (CI DESSOUS) ET DE REMPLIR, DE SIGNER ET DE DATER LE CERTIFICAT DE SIGNIFICATION DU FORMULAIRE DE RÉCLAMATION. VOTRE RÉCLAMATION NE SERA PAS TRAITÉE SANS LE CERTIFICAT.**

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du Réclamant Utilisateur du Produit (ou de son Représentant Légal)

\_\_\_\_\_  
Nom du Réclamant Utilisateur du Produit (ou de son Représentant Légal) (en caractères d'imprimerie)

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'avocat du Réclamant Utilisateur du Produit (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Nom de l'avocat du Réclamant Utilisateur du Produit (en caractères d'imprimerie)

## **CERTIFICAT DE SIGNIFICATION DU FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

Je, \_\_\_\_\_, déclare que :  
(insérer le nom)

J'ai au moins 18 ans. Mon adresse est la suivante :

\_\_\_\_\_

Adresse	Ville	Province	Code Postal
---------	-------	----------	-------------

Mon numéro de téléphone est le : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_, j'ai fait signifier les documents suivants :  
Date

### **FORMULAIRE(S) DE RÉCLAMATION POUR LA(LES) RÉCLAMATION(S) DE :**

\_\_\_\_\_ (insérer le nom de tous les Réclamants dont les formulaires sont signifiés avec le présent certificat)

en joignant les **originaux** de ces documents dans une enveloppe et en remettant cette enveloppe à l'Administrateur des Réclamations à l'adresse suivante :

**Recours Collectif Concernant le Fosamax/Fosavance  
RicePoint Administration  
C.P. 3355  
London, Ontario, Canada  
N6A 4K3**

de la manière suivante :

PAR LA POSTE : Je sais que l'enveloppe était scellée, adressée à l'Administrateur des Réclamations, dûment affranchie et déposée aux fins d'envoi à cette date par courrier ordinaire de Postes Canada à l'adresse suivante :

\_\_\_\_\_ ; ou  
Ville Province

PAR VOIE ÉLECTRONIQUE : J'ai transmis à l'Administrateur des Réclamations par voie électronique au [www.fosamaxclassaction.ca](http://www.fosamaxclassaction.ca): \_\_\_\_\_ ;ou

PAR SERVICE DE MESSAGERIE MÊME JOUR OU 24 HEURES : J'ai inséré l'enveloppe dans une enveloppe de messagerie 24 heures adressée à l'Administrateur des Réclamations et l'ai déposée auprès du service de messagerie 24 heures.

