

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi

www.wagners.co/current-class-actions/miramichi-pathology

INSTRUCTIONS RELATIVES À LA RÉCLAMATION

Votre formulaire de réclamation dûment rempli doit être soumis **au plus tard le 26 février 2020**. Les soumissions de réclamation tardives ne seront ni acceptées ni valides.

VOUS RÉCLAMEZ CATÉGORIE 1A/1B ? VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DIRECTIVES FOURNIES CI-DESSOUS.

| | |
|--|---|
| <p>ÉTAPE 1 <i>Soumettez un formulaire d'autorisation de divulgation de dossiers médicaux pour catégorie 1A/1B</i></p> | <p>Téléchargez le <i>formulaire d'autorisation de divulgation de dossiers médicaux</i> sur le site Web dédié à l'adresse www.wagners.co/current-class-actions/miramichi-pathology</p> <p>OU</p> <p>Contactez l'administrateur des réclamations aux coordonnées ci-dessous pour demander que le formulaire vous soit envoyé par courrier ou par courrier électronique.</p> <p>Le <i>formulaire d'autorisation de divulgation de dossiers médicaux</i> doit être soumis à l'administrateur des réclamations au plus tard le 29 octobre 2019.</p> <p>L'administrateur des réclamations rejettera tout <i>formulaire d'autorisation de divulgation de dossiers médicaux</i> qui n'a pas été posté ni reçu avant le 29 octobre 2019, le cachet de la poste faisant foi.</p> <p>ATTENTION: Les dossiers de l'hôpital pourraient ne pas contenir les dossiers de votre médecin de famille, des visites à l'hôpital dans d'autres provinces et d'autres dossiers qui ne sont pas en possession du Réseau de santé Horizon. Vous devrez vous procurer ces documents vous-même.</p> |
| <p>ÉTAPE 2 <i>Détermination de l'admissibilité pour catégorie 1A/1B</i></p> | <p>L'administrateur des réclamations déterminera si le membre du groupe est admissible à soumettre une réclamation pour la catégorie 1A ou 1B.</p> <ul style="list-style-type: none">• En cas d'admissibilité, l'hôpital remettra les dossiers médicaux pertinents directement au membre du groupe en question ; et• En cas d'inadmissibilité, l'administrateur des réclamations le communiquera au membre du groupe. |
| <p>ÉTAPE 3 <i>Si jugé admissible (catégorie 1A/1B)</i></p> | <p>Si le membre du groupe est réputé admissible à présenter une demande d'indemnisation au titre des catégories 1A ou 1B, un membre du groupe admissible doit remettre à l'administrateur des réclamations une copie de son dossier médical pertinent, sans frais pour lui. Un membre du groupe admissible doit fournir à l'administrateur des réclamations une copie des dossiers médicaux qu'il juge pertinents pour sa demande d'indemnisation au titre des catégories 1A ou 1B, en plus du formulaire de réclamation de catégorie 1A/1B.</p> <p>Si une indemnité est reçue au titre de la catégorie 1, aucune indemnité de la catégorie 2 n'est payable.</p> <p>ATTENTION: Les dossiers médicaux sans pertinence ne seront pas examinés. N'envoyez que les documents pertinents à l'appui de votre demande d'indemnisation pour le préjudice que vous dites avoir subi.</p> <p>La soumission de réclamation au titre de la catégorie 1A/1B doit être envoyée au plus tard le 26 février 2020, le cachet de la poste faisant foi.</p> <p>S'il n'y a pas de cachet postal lisible, l'administrateur des réclamations doit recevoir la réclamation au plus tard le 26 février 2020.</p> <p>L'administrateur des réclamations rejettera toute réclamation qui n'a pas été postée ni reçue avant le 26 février 2020, le cachet de la poste faisant foi.</p> |

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi

INSTRUCTIONS RELATIVE À LA RÉCLAMATION (suite)

VOUS RÉCLAMEZ CATÉGORIE 2 ? VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DIRECTIVES FOURNIES CI-DESSOUS.

| | |
|--|---|
| <p>Soumettre un formulaire de réclamation pour catégorie 2</p> <p><i>Seulement si vous réclamez seulement une indemnisation en vertu de la catégorie 2</i></p> | <p>Si vous réclamez seulement une indemnisation en vertu de la catégorie 2, le formulaire de réclamation au titre de la catégorie 2 doit être envoyé au plus tard le 26 février 2020, le cachet de la poste faisant foi.</p> <p>Si le membre du groupe est réputé inadmissible à présenter une demande d'indemnisation au titre des catégories 1A ou 1B, mais que l'administrateur des réclamations l'estime satisfaisante aux critères d'indemnisation en vertu de la catégorie 2 de la grille d'indemnisation, la réclamation sera évaluée à la catégorie 2. Si cela est le cas, il ne sera pas nécessaire que le membre du groupe soumette un formulaire de réclamation de catégorie 2 à l'administrateur des réclamations.</p> <p>S'il n'y a pas de cachet postal lisible, l'administrateur des réclamations doit recevoir la soumission de réclamation au plus tard le 26 février 2020.</p> <p>L'administrateur des réclamations rejettera toute réclamation qui n'a pas été postée ni reçue avant le 26 février 2020, le cachet de la poste faisant foi.</p> |
|--|---|

INSTRUCTIONS POUR SOUMETTRE UNE RÉCLAMATION

Il y a **trois (3) façons** de soumettre un *formulaire d'autorisation de divulgation de dossiers médicaux* ou une soumission de réclamation, y compris tous les dossiers médicaux pertinents :

| | |
|-----------------------|--|
| 1. COURRIER | <p>Envoyez par courrier votre demande dûment remplie à l'adresse suivante :</p> <p>L'Administrateur des réclamations de l'action collective de pathologie de Miramichi C.P. Nelson 20187 – 322 rue Rideau Ottawa (ON) K1N 5Y5</p> <p>Les soumissions de réclamations envoyées par courrier doivent être envoyées au plus tard le 26 février 2020, le cachet de la poste faisant foi.</p> <p>Le <i>formulaire d'autorisation de divulgation de dossiers médicaux</i> doit être soumis à l'administrateur des réclamations au plus tard le 29 octobre 2019.</p> |
| 2. COURRIEL | <p>Envoyez par courriel votre soumission de réclamation dûment remplie à l'adresse info@miramichipathologyclassaction.ca</p> |
| 3. TÉLÉCOPIEUR | <p>Envoyez par télécopieur votre soumission de réclamation au 1-866-262-0816</p> |

Téléphone sans frais : **1-833-449-4583**

Veillez lire attentivement la grille d'indemnisation à la page 3 pour catégorie 1A/1B et à la page 7 pour catégorie 2 avant de soumettre votre soumission de réclamation.

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR CATÉGORIE 1A/1B

| GRILLE D'INDEMNISATION | | |
|---|--|--------------------|
| Si les paiements des membres du groupe qualifié excèdent le fonds d'indemnisation, tous les paiements des membres du groupe qualifiés sont sujets à une réduction <i>au prorata</i>. | | |
| Catégorie 1A – Troubles psychiatriques ou psychologiques résultant d'un changement de diagnostic | | |
| Admissibilité/Vérification Qui peut présenter une réclamation ? | Preuve exigée | Indemnité |
| <p>Membres du groupe pour lesquels il y a eu une modification partielle ou totale du diagnostic, tel que déterminé par Gamma Dynacare ou D^r Henderson.</p> <p>L'admissibilité au paiement de catégorie 1A est vérifiée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyses de pathologie initiales effectuées par le D^r Menon pour le dépistage d'un cancer potentiel ou d'une maladie potentiellement liée au cancer, comme déterminé par le rapport Rokosh. • La confirmation d'un représentant de l'hôpital à l'administrateur des réclamations que le rapport initial de pathologie du réclamant avait été examiné par Gamma Dynacare ou le D^r Henderson et qu'une modification partielle ou totale du diagnostic a été notée. Le rapport initial de pathologie avec addendum doit être fourni au réclamant par l'hôpital à ses propres frais, le cas échéant, ainsi que tout dossier hospitalier pertinent supplémentaire requis, moyennant le consentement écrit à la divulgation signé par le réclamant. | <p>Dossiers médicaux indiquant des troubles psychiatriques ou psychologiques découlant directement d'un changement de diagnostic (par exemple, traitement recherché auprès d'un médecin généraliste, spécialiste). Cela peut inclure une visite non nécessaire chez un médecin pour : une interprétation du diagnostic modifié et/ou une interprétation des dossiers par un médecin.</p> | 2 500,00 \$ |

Attention : les dossiers sans pertinence ne seront pas examinés.

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR CATÉGORIE 1A/1B

| GRILLE D'INDEMNISATION (suite) | | |
|--|--|---------------------|
| Catégorie 1B – Blessure physique et/ou psychologique causée par une discordance pouvant entraîner des préjudices médicaux. | | |
| Admissibilité/Vérification Qui peut présenter une réclamation ? | Catégories et preuve exigée | Indemnité |
| <p>Les membres du groupe qui ont reçu une modification de diagnostic de la part du D^r Henderson ou de Gamma Dynacare qui pourrait donner lieu à des préjudices médicaux, comme indiqué dans le rapport Rokosh.</p> <p>L'admissibilité au paiement de catégorie 1B est vérifiée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyses de pathologie initiales effectuées par le D^r Menon pour le dépistage d'un cancer potentiel ou d'une maladie potentiellement liée au cancer, comme déterminé par le rapport Rokosh. • La confirmation d'un représentant de l'hôpital à l'administrateur des réclamations que le rapport initial de pathologie du réclamant avait été examiné par Gamma Dynacare ou le D^r Henderson et qu'une modification partielle ou totale du diagnostic a été notée. Le rapport initial de pathologie avec addendum doit être fourni au réclamant par l'hôpital à ses propres frais, le cas échéant, ainsi que tout dossier hospitalier pertinent requis, moyennant le consentement écrit à la divulgation signé par le réclamant. • A vérifier par l'administrateur des réclamations : le rapport Rokosh a catégorisé la modification comme pouvant potentiellement entraîner des préjudices médicaux. • Les critères d'admissibilité spécifiques supplémentaires pour les sous-catégories de préjudice léger, modéré ou grave de la catégorie 1B sont décrits dans la colonne adjacente. | <p>Préjudice léger (un (1) ou plusieurs des éléments suivants)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossiers médicaux indiquant des troubles psychiatriques ou psychologiques découlant directement d'un changement de diagnostic (par exemple, traitement recherché auprès d'un médecin généraliste, spécialiste). • Dossiers médicaux indiquant que des consultations médicales ou des tests ultérieurs ont été obtenus en raison d'une modification de diagnostic (quel que soit le résultat de celui-ci). | 10 000,00 \$ |
| | <p>Préjudice modéré (un (1) ou plusieurs des éléments suivants)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surdiagnostic avec consultation : dossiers médicaux indiquant que le D^r Menon a surdiagnostiqué, entraînant une consultation médicale inappropriée et/ou inutile (toutefois sans traitement). • Mauvais diagnostic : Mauvais diagnostic; même s'il n'a pas donné lieu à une autre option de traitement ou d'intervention, il a entraîné un retard dans le diagnostic, à un point tel que le retard entraînerait probablement une augmentation de la morbidité ou de la mortalité. | 25 000,00 \$ |
| | <p>Préjudice grave (un (1) ou plusieurs des éléments suivants)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer passé inaperçu : Tumeur maligne ou pré-maligne non détectée (échec de détection d'une malignité ou d'une malignité détectée plus tard par Gamma Dynacare) qui a entraîné un retard dans le diagnostic, à un point tel que le retard entraînerait probablement une augmentation de la morbidité ou de la mortalité. • Surdiagnostic avec traitement : dossiers médicaux indiquant que le D^r Menon a surdiagnostiqué, ce qui a entraîné un traitement médical inapproprié et/ou inutile (le diagnostic du D^r Menon dépassait, en gravité, le diagnostic fourni ultérieurement par Gamma Dynacare) . • Mauvais diagnostic qui a entraîné une autre option de traitement ou d'intervention. | 50 000,00 |

Attention : les dossiers sans pertinence ne seront pas examinés.

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR CATÉGORIE 1A/1B

SECTION A : NOM DU RÉCLAMANT ET COORDONNÉES ACTUELLES

L'administrateur des réclamations utilisera les informations que vous avez fournies pour traiter votre réclamation. Si ces informations changent, vous DEVEZ en informer l'administrateur des réclamations par écrit.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Prénom | Nom de famille | |
| <input type="text"/> | | |
| Adresse municipale | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ville | Province | Code postal |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Courriel | | Téléphone |

SECTION B : RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU PATIENT

| | |
|--|----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Date de naissance (Mois, jour, année) | Numéro d'assurance-maladie |
| <input type="text"/> | |
| Date où les prélèvements tissulaires ont été soumis à des analyses de pathologie (jour mois année) | |

SECTION C : AUTORISATION DE RÉCLAMER AU NOM DU PATIENT

ATTENTION: LES RÉCLAMATIONS DE LA SUCCESSION DES MEMBRES DE LA CLASSE DÉCÉDÉS SONT AUTORISÉES SI LE MEMBRE DE LA CLASSE EST DÉCÉDÉ **APRÈS LE 4 JUILLET 2019**. SI LE MEMBRE DE LA CLASSE EST DÉCÉDÉ **AVANT LE 4 JUILLET 2019**, AUCUNE RÉCLAMATION DE LA SUCCESSION N'EST ADMISSIBLE ET VOUS NE RECEVREZ PAS D'INDEMNISATION.

Remplissez cette section si vous n'êtes PAS le patient.

| | |
|---|--|
| <p>Veuillez indiquer votre relation avec le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Fiduciaire/Exécuteur de succession (Si réclamant est décédé après le 4 juillet 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Procuration</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> | <p>Je joins la documentation suivante comme preuve de mon autorité à soumettre cette réclamation au nom du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Dernier testament du donateur (Si réclamant est décédé après le 4 juillet 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Nomination du fiduciaire de la succession (Si réclamant est décédé après le 4 juillet 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Procuration</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> |
| Votre prénom : _____ Votre nom de famille : _____ | |
| Votre numéro de téléphone : _____ | |
| Votre adresse courriel : _____ | |
| Votre adresse complète : _____ | |

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR CATÉGORIE 1A/1B

SECTION D : INDEMNISATION AU TITRE DES CATÉGORIES 1A OU 1B

Veillez s.v.p. cocher la case ci-dessous pour indiquer la catégorie pour laquelle vous faites une réclamation en vertu du règlement de l'action collective. **Veillez lire attentivement la grille d'indemnisation aux pages 3 et 4.**

- Catégorie 1A** – Indemnité de 2 500,00 \$
- Catégorie 1B** – Préjudice léger – Indemnisation de 10 000,00 \$
- Catégorie 1B** – Préjudice modéré – Indemnisation de 25 000,00 \$
- Catégorie 1B** – Préjudice grave – Indemnisation de 50 000,00 \$

Attention : S'il est déterminé que vous n'êtes pas admissible à l'indemnisation que vous réclamez, votre réclamation sera évaluée selon la catégorie jugée appropriée.

SECTION E : DÉCLARATION SOLENNELLE

Je déclare solennellement avoir lu et compris le contenu de ce formulaire de réclamation. 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

Nom du témoin en lettres moulées

Signature du témoin

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi

www.wagners.co/current-class-actions/miramichi-pathology

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR CATÉGORIE 2

| GRILLE D'INDEMNISATION | |
|---|--|
| Catégorie 2 – Paiement pour une modification partielle ou totale du diagnostic | |
| Admissibilité/Vérification Qui peut présenter une réclamation ? | Indemnité |
| <p>Membres du groupe qui ont eu modification partielle ou totale de leur diagnostic, tel que déterminé par Gamma Dynacare ou le D^r Henderson, mais qui ne reçoivent pas d'indemnisation en vertu de la catégorie 1. Si une indemnité est reçue au titre de la catégorie 1, aucune indemnité de la catégorie 2 n'est payable.</p> <p>L'admissibilité est vérifiée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les analyses de pathologie initiales effectuées par le D^r Menon pour le dépistage d'un cancer potentiel ou d'une maladie potentiellement liée au cancer, tel que déterminé par le rapport Rokosh. La confirmation d'un représentant de l'hôpital à l'administrateur des réclamations que le rapport initial de pathologie du réclamant a été examiné par Gamma Dynacare ou le D^r Henderson et qu'une modification partielle ou totale du diagnostic a été notée. Le rapport initial de pathologie avec addendum doit être fourni au réclamant par l'hôpital à ses propres frais, le cas échéant, moyennant le consentement écrit à la divulgation signé par le réclamant. | <p>Maximum de 750,00 \$ par personne. (net des frais juridiques, frais de préavis, frais d'administration des réclamations)</p> |
| <p>Si les paiements des membres du groupe qualifié excèdent le fonds d'indemnisation, tous les paiements des membres du groupe qualifiés sont sujets à une réduction <i>au prorata</i>.</p> | |

Attention : les dossiers sans pertinence ne seront pas examinés.

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR CATÉGORIE 2

L'administrateur des réclamations utilisera les informations que vous avez fournies pour traiter votre réclamation. Si ces informations changent, vous DEVEZ en informer l'administrateur des réclamations par écrit.

SECTION A : NOM DU RÉCLAMANT ET COORDONNÉES ACTUELLES

| | | |
|--------------------|----------------|-------------|
| | | |
| Prénom | Nom de famille | |
| | | |
| Adresse municipale | | |
| | | |
| Ville | Province | Code postal |
| | | |
| Courriel | | Téléphone |

SECTION B : RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION DU PATIENT

| | |
|--|----------------------------|
| | |
| Date de naissance (Mois, jour, année) | Numéro d'assurance-maladie |
| | |
| Date où les prélèvements tissulaires ont été soumis à des analyses de pathologie (jour mois année) | |

SECTION C : AUTORISATION DE RÉCLAMER AU NOM DU PATIENT

ATTENTION: LES RÉCLAMATIONS DE LA SUCCESSION DES MEMBRES DE LA CLASSES DÉCÉDÉS SONT AUTORISÉES SI LE MEMBRE DE LA CLASSE EST DÉCÉDÉ **APRÈS LE 4 JUILLET 2019**. SI LE MEMBRE DE LA CLASSE EST DÉCÉDÉ **AVANT LE 4 JUILLET 2019**, AUCUNE RÉCLAMATION DE LA SUCCESSION N'EST ADMISSIBLE ET VOUS NE RECEVREZ PAS D'INDEMNISATION.

Remplissez cette section si vous n'êtes PAS le patient.

| | |
|---|--|
| <p>Veuillez indiquer votre relation avec le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Fiduciaire/Exécuteur de succession (Si réclamant est décédé après le 4 juillet 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Procuration</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> | <p>Je joins la documentation suivante comme preuve de mon autorité à soumettre cette réclamation au nom du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Dernier testament du donateur (Si réclamant est décédé après le 4 juillet 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Nomination du fiduciaire de la succession (Si réclamant est décédé après le 4 juillet 2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Procuration</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> |
| <p>Votre prénom : _____ Votre nom de famille : _____</p> <p>Votre numéro de téléphone : _____</p> <p>Votre adresse courriel : _____</p> <p>Votre adresse complète : _____</p> | |

Règlement de l'action collective de pathologie de Miramichi

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR CATÉGORIE 2

SECTION D : DÉCLARATION SOLENNELLE

Je déclare solennellement avoir lu et compris le contenu de ce formulaire de réclamation. 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

Nom du témoin en lettres moulées

Signature du témoin