

Pièce « A »

**RÈGLEMENT DE L'ACTION COLLECTIVE CANADIENNE RELATIVE
À ABILIFY® ET À ABILIFY MAINTENA®**

Trousse de réclamation

La présente Trousse de réclamation contient :

- un Énoncé de confidentialité;
- des instructions à l'intention des Membres du groupe et de leurs représentants légaux (s'il y a lieu); et
- un Formulaire de réclamation.

ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Des renseignements personnels concernant les Membres du groupe sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur des réclamations conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, ch. 5 (la « LPRPDE ») :

- pour appliquer et administrer l'Entente de règlement canadienne relative à ABILIFY® et à ABILIFY MAINTENA® (le « Règlement »);
- pour évaluer et examiner l'admissibilité d'un Membre du groupe dans le cadre du Règlement;
- et sont strictement privés et confidentiels et ne seront pas divulgués sans le consentement exprès écrit du Membre du groupe autrement que dans la mesure prévue dans le Règlement.

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES MEMBRES DU GROUPE

Si vous remplissez la présente Trousse de réclamation AVANT l'approbation du Règlement par les Tribunaux, VEUILLEZ NOTER qu'aucune Réclamation ne sera traitée tant que le Règlement n'aura pas été approuvé par les Tribunaux de l'Ontario et du Québec.

Sauf indication contraire dans le présent document, les termes portant la majuscule initiale ont le sens qui leur est donné dans le Règlement.

Les présentes instructions prévoient des lignes directrices de base pour la présentation de réclamations aux termes du Règlement. En cas de divergence entre ces instructions et le Règlement, le Règlement prévaut. Pour des renseignements plus détaillés, veuillez vous reporter

à l'Entente de règlement qui peut être consultée ou téléchargée à l'adresse abilifyclassactionsettlement.com, sur le site Web des Avocats du groupe, [Rochon Genova LLP](#), et à l'adresse [Groupe de droit des consommateurs Inc.](#)

Pour établir votre droit à une indemnité aux termes des modalités et conditions du Règlement, vous devez soumettre à l'Administrateur des réclamations une Trousse de réclamation dûment remplie, comprenant les éléments suivants :

- un Formulaire de réclamation rempli et signé;
- les dossiers d'ordonnances et/ou les dossiers médicaux;
- la documentation pertinente aux Comportements compulsifs ou Comportements du contrôle des impulsions lorsqu'une réclamation pour Préjudice psychologique ou Préjudice catastrophique grave et/ou résiduel est présentée;
- les registres de jeu et/ou les documents financiers lorsqu'une réclamation pour perte financière est présentée;
- les dossiers des Membres de la famille du membre du groupe lorsque des réclamations sont présentées par des Membres de la famille du membre du groupe; et
- tous les autres documents requis qui sont décrits dans le présent document.

Toutes les Trousses de réclamations remplies doivent être soumises à l'Administrateur des réclamations (ou porter le cachet de la poste) au plus tard le **DATE, à l'adresse suivante :**

**À l'attention de : Règlement de l'action collective canadienne
relative à ABILIFY® et ABILIFY MAINTENA®**

MNP Ltée – Administration des actions collectives
2000, 112 - 4th Avenue SW
Calgary (AB) T2P 0H3
abilifysettlement@mnpc.ca

Numéro de téléphone sans frais : 1 (855) 653-0027

Les Membres du groupe qui ne se sont pas exclus et qui ne soumettent pas une Trousse de réclamation remplie à l'Administrateur des réclamations au plus tard le **DATE** perdront à jamais leurs droits à une indemnité aux termes du Règlement et ne pourront plus jamais intenter une action contre l'une ou l'autre des Défenderesses ou d'autres Parties libérées en ce qui concerne les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions présumés causés par ABILIFY® et ABILIFY MAINTENA® et toute autre Réclamation quittancée.

Si vous avez besoin d'aide ou de conseils pour remplir la Trousse de réclamation ou que vous avez des questions concernant votre réclamation, vous pouvez communiquer avec les Avocats du groupe ou l'Administrateur des réclamations :

Avocats du groupe	Administrateur des réclamations
ROCHON GENOVA LLP Téléphone : (416) 363-1867 1-800-462-3864 contact@rochongenova.com GROUPE DE DROIT DES CONSOMMATEURS INC. Téléphone : 1 (888) 909-7863 (514) 266-7863 (613) 627-4894 abilify@clg.org	MNP Ltée – Administration des actions collectives 1-800-538-0009 abilifysettlement@mnp.ca

Vous pouvez également retenir les services d'un conseiller juridique à vos frais. **Les Membres du groupe qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires pour soumettre leur réclamation aux termes du Règlement sont seuls responsables des honoraires et des débours de ces avocats ou mandataires.**

Les Membres du groupe peuvent communiquer avec l'Administrateur des réclamations et obtenir des formulaires en français ou en anglais. Les Membres du groupe (ou leurs avocats/mandataires) doivent informer l'Administrateur des réclamations de tout changement ou correction d'adresse, de nom, de numéro de téléphone ou de représentation juridique.

Veillez conserver des copies de tous les documents que vous envoyez à l'Administrateur des réclamations. Le processus de compilation des documents prend du temps. **AGISSEZ DÈS MAINTENANT.** N'attendez pas aux dernières semaines précédant l'expiration de la Période de réclamation.

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DANS LE CADRE DU RÈGLEMENT CANADIEN RELATIF À ABILIFY® ET À ABILIFY MAINTENA®

Strictement privé et confidentiel

Rubrique 1 – Identification du Membre du groupe

Je présente une réclamation à titre de :

- ☐ **Membre du groupe** (soit la personne qui a utilisé ABILIFY® et/ou ABILIFY MAINTENA®)
- ☐ **Représentant d'un Membre du groupe** (soit une personne qui agit comme représentant d'un Membre du groupe qui est décédé, qui est un mineur et/ou qui est autrement en situation d'incapacité juridique, y compris une personne exerçant le contrôle légal des intérêts financiers et patrimoniaux du Membre du groupe)
- ☐ **Avocat ou mandataire du Membre du groupe**

Rubrique 2 – Identification du Membre du groupe

La présente rubrique doit être remplie par le Membre du groupe ou en son nom. NOTE : Si une autre personne a le contrôle légal de vos biens ou de vos finances, elle DOIT remplir et soumettre la Rubrique 3 pour que votre Réclamation soit traitée.

Nom de famille du Membre du groupe _____ Prénom _____

Adresse _____ Case postale _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____

Date de décès (s'il y a lieu) : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____

☐ Certificat de décès officiel ci-joint

N° de tél. résidentiel _____ - _____ - _____ N° de tél. professionnel _____ - _____ - _____

Télécopieur _____ - _____ - _____ Courriel _____

Rubrique 3 – Représentant d'un Membre du groupe – Identification

La présente rubrique doit être remplie uniquement si vous présentez une réclamation en tant que Représentant d'un Membre du groupe. Vous DEVEZ fournir une preuve de votre autorité à agir en tant que Représentant d'un Membre du groupe. Avant de remplir cette rubrique, vous DEVEZ remplir les Rubriques 1 et 2 pour vous identifier et identifier le Membre du groupe que vous représentez.

Je présente une demande au nom d'un Membre du groupe qui est :

- ☐ **Un mineur (âgé de moins de 18 ans)**
Veuillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (comme un acte de naissance détaillé, un baptistaire, une décision de justice ou toute autre preuve de tutelle)
- ☐ **Une personne en situation d'incapacité juridique**
Veuillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (comme une procuration)
- ☐ **Une personne décédée**
Veuillez joindre une copie de votre pouvoir d'agir (comme le testament, le certificat de décès ou l'ordonnance d'homologation)

Nom de famille du représentant légal : _____ Prénom _____

Adresse _____ Case postale _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____

N° de tél. résidentiel _____ - _____ - _____ N° de tél. professionnel _____ - _____ - _____

Télécopieur _____ - _____ - _____ Courriel _____

Rubrique 4 – Réclamations de Membres de la famille du membre du groupe

La présente rubrique doit être remplie par les Membres de la famille du membre du groupe qui sont admissibles. Les Membres de la famille du membre du groupe admissibles sont les conjoints ou conjointes, enfants, parents, grands-parents, frères et sœurs d'un Membre du groupe qui présente, ou au nom de qui est présentée, une réclamation aux termes du Règlement. Si le Membre de la famille du membre du groupe est un mineur, est en situation d'incapacité juridique ou est décédé, la présente rubrique peut être remplie par une personne ayant le pouvoir d'agir en son nom.

Veillez noter qu'un Membre de la famille du membre du groupe ne peut réclamer une indemnité que si le Membre du groupe ne s'est pas exclu de l'action collective **et** qu'il soumet une réclamation pour recevoir une indemnité aux termes du Règlement.

Veillez joindre le ou les documents attestant le lien de parenté entre chaque Membre de la famille du membre du groupe et le Membre du groupe. Si le Membre de la famille du membre du groupe est mineur, en situation d'incapacité juridique ou décédé, veuillez joindre le ou les documents attestant votre pouvoir d'agir (comme un certificat de mariage, un certificat de naissance détaillé, un baptistaire, un accord de séparation, un jugement de garde, un jugement de divorce ou un affidavit, un testament ou tout autre document confirmant votre pouvoir d'agir).

Avant de remplir la présente rubrique, vous DEVEZ remplir les Rubriques 1 et 2 afin d'identifier le Membre du groupe qui a le droit de présenter une réclamation. Si plus d'un Membre de la famille du membre du groupe présentent une réclamation, veuillez copier cette rubrique et demander à chaque Membre de la famille du membre du groupe admissible de fournir les renseignements demandés et de les joindre à votre Trousse de réclamation.

Lien avec le Membre du groupe : _____

Nom de famille du Membre de la famille du membre du groupe : _____ Prénom: _____

Adresse _____ Case postale _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____

N° de tél. résidentiel _____ - _____ - _____ N° de tél. professionnel _____ - _____ - _____

Télécopieur _____ - _____ - _____ Courriel _____

Signature du Membre de la famille du membre du groupe :

Rubrique 5 – Identification du représentant légal

La présente rubrique doit être remplie UNIQUEMENT SI un avocat ou un mandataire représente le Membre du groupe.

Nom du cabinet d'avocat ou de l'agence _____

Nom de famille de l'avocat ou du mandataire : _____ Prénom: _____

Adresse _____ Case postale _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ - _____ - _____ N° de télécopieur _____ - _____ - _____

Courriel _____

Numéro au barreau provincial (le cas échéant) _____

NOTE : Si vous remplissez la Rubrique 5 ci-dessus, toute la correspondance sera envoyée au représentant légal du Membre du groupe, qui devra informer l'Administrateur des réclamations de tout changement d'adresse postale. Si vous changez de représentant légal ou si vous cessez d'être représenté par un représentant légal, vous devez en informer par écrit votre ancien représentant légal et l'Administrateur des réclamations.

Rubrique 6 – Produits prescrits et utilisés

Veuillez indiquer si le Membre du groupe s'est vu prescrire ou a reçu des échantillons gratuits de l'un ou de l'ensemble des produits suivants :

ABILIFY®	☐ OUI	☐ NON
ABILIFY MAINTENA®	☐ OUI	☐ NON

Vous devez fournir **tous les dossiers d'ordonnances et/ou les dossiers médicaux disponibles** pour la période pendant laquelle le Membre du groupe a utilisé ABILIFY® et/ou ABILIFY MAINTENA® pour prouver que le Membre du groupe s'est vu prescrire et/ou a reçu ABILIFY® et/ou ABILIFY MAINTENA®. Vous devez fournir **un ou plusieurs** des types de documents suivants :

- a) les dossiers de pharmacie indiquant la délivrance d'ABILIFY® et/ou d'ABILIFY MAINTENA® au Membre du groupe, y compris la posologie et la ou les dates de délivrance;

ET/OU

- b) tous les dossiers d'assurance attestant l'achat par le Membre du groupe d'ABILIFY® et/ou d'ABILIFY MAINTENA®, y compris la posologie et la ou les dates d'achat, si elles sont disponibles;

ET/OU

- c) les dossiers médicaux attestant la prescription et/ou la remise (échantillons) d'ABILIFY® et/ou d'ABILIFY MAINTENA® au Membre du groupe, y compris la posologie et les dates de prescription et/ou de remise;

OU

- d) dans des circonstances extraordinaires uniquement, qui seront déterminées par l'Administrateur des réclamations, si aucun des documents susmentionnés n'est disponible, une déclaration signée par le médecin du Membre du groupe attestant que le Membre du groupe s'est vu prescrire et/ou a reçu ABILIFY® et/ou ABILIFY MAINTENA®, y compris la posologie et les dates de prescription ou de réception, **ET** une déclaration du Membre du groupe (ou son représentant) attestant que le Membre du groupe s'est vu prescrire et/ou a reçu ABILIFY® et/ou ABILIFY MAINTENA®, y compris la posologie et les dates de prescription ou de réception, et attestant qu'il a déployé des efforts raisonnables pour obtenir les documents susmentionnés et indiquant la raison pour laquelle ces documents n'ont pas pu être obtenus.

Rubrique 7 – Préjudice psychologique

Veuillez indiquer le **Préjudice indemnisable** allégué du Membre du groupe qui constitue le fondement de la présente réclamation, ainsi que la ou les dates de diagnostic et/ou de traitement (vous pouvez cocher toutes les cases qui s'appliquent, mais notez qu'une seule indemnité est disponible par réclamation, au niveau de préjudice confirmé le plus sévère, quel que soit le nombre de Préjudices indemnissables potentiels). Veuillez noter que ces renseignements sont destinés à faciliter l'examen de votre Trousse de réclamation. L'Administrateur des réclamations est autorisé à prendre toute décision concernant le Préjudice indemnisable approprié après avoir examiné le dossier médical obligatoire du Membre du groupe :

1) Léger :

- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant une période de **1-6 mois et** a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants pendant son utilisation d'ABILIFY® et/ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- | | |
|---|--|
| ☐ Jeu compulsif | ☐ Achats incontrôlables ou compulsifs |
| ☐ Comportements hypersexuels | |
| ☐ Hyperphagie | |

DATES AUXQUELLES LES COMPORTEMENTS SE SONT PRODUITS :

-
- ☐ Une attestation signée (**Rubrique 7A**) indiquant que le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pour une période de **1-6 mois et** a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions susmentionnés pendant son utilisation d'ABILIFY® et/ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections.

2) Modéré :

- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant **plus de 6 mois et** a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants (cochez toutes les cases qui s'appliquent) pendant son utilisation d'ABILIFY® et/ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou par la suite :

☐ Jeu compulsif

☐ Achats incontrôlables ou compulsifs

☐ Comportements hypersexuels

☐ Hyperphagie

DATES AUXQUELLES LES COMPORTEMENTS SE SONT PRODUITS :

Une attestation signée (**Rubrique 7A**) du Membre du groupe indiquant qu'il a ingéré ABILIFY® et/ou qu'il a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant **plus de 6 mois et** qu'il a présenté un ou plusieurs Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions pendant son utilisation d'ABILIFY® et/ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections.

OU

- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant une période de **1-6 mois et**, pendant son utilisation d'ABILIFY® et/ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections, a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants d'une sévérité telle que les Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions en question ont nécessité un traitement ou un suivi psychologique (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

☐ Jeu compulsif

☐ Hyperphagie

☐ Comportements hypersexuels

☐ Achats incontrôlables

Veillez indiquer (et joindre les dossiers médicaux) la forme du traitement ou du suivi psychologique demandé ou reçu, ainsi que le Comportement compulsif ou les Troubles du contrôle des impulsions pour lesquels un traitement ou un suivi psychologique a été demandé ou reçu. Si le traitement en question n'était pas couvert par le régime d'assurance maladie provincial, joignez les reçus ou la confirmation du paiement. Cochez toutes les formes de traitement ou de suivi psychologique applicables :

☐ Suivi psychologique pour jeu compulsif

☐ Clinique pour le traitement de l'hyperphagie

☐ Clinique pour le traitement des comportements hypersexuels

☐ Clinique pour le traitement des achats incontrôlables

DATES AUXQUELLES LES COMPORTEMENTS SE SONT PRODUITS :

DATES AUXQUELLES UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE OU UN TRAITEMENT SPÉCIALISÉ A ÉTÉ DEMANDÉ OU REÇU :

Une attestation signée (**Rubrique 7A**) du Membre du groupe indiquant qu'il a ingéré ABILIFY® et/ou qu'il a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant une période de **1-6 mois** et que pendant son utilisation d'ABILIFY® et/ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections, il a présenté un ou plusieurs Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions d'une sévérité telle que les Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions en question ont nécessité un traitement ou un suivi psychologique.

3) Sévère :

- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant **plus de 6 mois** et a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants pendant son utilisation d'ABILIFY® ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- | | |
|---|--|
| ☐ Suivi psychologique pour jeu compulsif | ☐ Clinique pour le traitement de l'hyperphagie |
| ☐ Clinique pour le traitement des comportements hypersexuels | ☐ Clinique pour le traitement des achats incontrôlables |

ET

- ☐ Le Membre du groupe a fait faillite, s'est divorcé, a réhypothéqué un bien et/ou a fait l'objet de poursuites criminelles pour fraude, vol, etc. pendant qu'il présentait des Comportements compulsifs et/ou des Troubles du contrôle des impulsions ou par la suite (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- | | |
|--|---|
| ☐ Déclaration de faillite | ☐ Réhypothèque d'un bien |
| ☐ Divorce | ☐ Poursuites criminelles |
| ☐ Autre événement_____ | |

Identifiez et joignez des documents démontrant que vous avez présenté les Comportements compulsifs ou les Comportements du contrôle des impulsions (par exemple, registres de jeu comme les retraits au GAB dans des casinos, l'auto-exclusion d'un casino, les relevés de carte de crédit ou les relevés bancaires indiquant des paiements destinés au jeu, des dossiers médicaux faisant référence aux Comportements compulsifs, ou des dossiers médicaux ou des dossiers de suivi psychologique attestant qu'un traitement a été demandé pour les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions), ainsi qu'une attestation signée disponible à la **Rubrique 7A** indiquant que vous avez présenté les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions et que vous avez fait faillite, que vous vous êtes divorcé, que vous avez réhypothéqué un bien ou que vous avez fait l'objet de poursuites criminelles pour fraude, vol, etc. pendant que vous présentiez les Comportements compulsifs et/ou les Troubles du contrôle des impulsions ou par la suite.

ET

Des preuves documentaires de la faillite, du divorce, de la réhypothèque d'un bien et/ou des poursuites criminelles pour fraude, vol, etc. pendant que vous présentiez les Comportements compulsifs et/ou les Troubles du contrôle des impulsions ou par la suite (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- ☐ Déclaration de faillite
- ☐ Divorce
- ☐ Réhypothèque d'un bien
- ☐ Poursuites criminelles
- ☐ Autre événement _____

DATES AUXQUELLES LES COMPORTEMENTS SE SONT PRODUITS :

DATES DE FAILLITE, DE DIVORCE, DE RÉHYPOTHÈQUE D'UN BIEN ET/OU DE
POURSUITES CRIMINELLES POUR FRAUDE, VOL, ETC. :

OU/ET (s'il y a lieu)

- ☐ Le Membre du groupe a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants pendant **plus de 6 mois** pendant son utilisation d'ABILIFY® ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections, et les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions étaient d'une sévérité telle qu'ils ont nécessité un traitement ou un suivi psychologique pendant **plus de 6 mois** (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- | | |
|---|--|
| ☐ Jeu compulsif | ☐ Hyperphagie |
| ☐ Comportements hypersexuels | ☐ Achats incontrôlables |

Identifiez et joignez des documents démontrant que le Membre du groupe a présenté des Comportements compulsifs ou des Troubles du contrôle des impulsions (par exemple, registres de jeu comme les retraits au GAB dans des casinos, l'auto-exclusion d'un casino, les relevés de carte de crédit ou les relevés bancaires indiquant des paiements destinés au jeu, des dossiers médicaux faisant référence aux comportements compulsifs, ou des dossiers médicaux ou des dossiers de suivi psychologique attestant qu'un traitement a été demandé pour les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions), ainsi qu'une attestation signée disponible à la **Rubrique 7A** indiquant que vous avez présenté des Comportements compulsifs ou des Troubles du contrôle des impulsions d'une sévérité telle qu'ils ont nécessité un traitement ou un suivi psychologique pendant **plus de 6 mois**. Cochez toutes les formes de traitement ou de suivi psychologique applicables :

☐ Suivi psychologique pour jeu compulsif

☐ Clinique pour le traitement des comportements hypersexuels

☐ Clinique pour le traitement de l'hyperphagie

☐ Clinique pour le traitement des achats incontrôlables ou compulsifs

Identifiez et joignez des dossiers médicaux précisant le traitement ou le suivi psychologique demandé ou reçu et le ou les Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions précis pour lesquels le traitement ou le suivi psychologique a été demandé ou reçu. Si le traitement en question n'était pas couvert par le régime d'assurance maladie provincial, joignez les reçus ou la confirmation du paiement. Cochez toutes les formes de traitement ou de suivi psychologique applicables :

☐ Suivi psychologique pour jeu compulsif

☐ Clinique pour le traitement des comportements hypersexuels

☐ Clinique pour le traitement de l'hyperphagie

☐ Clinique pour le traitement des achats incontrôlables

DATES AUXQUELLES LES COMPORTEMENTS SE SONT PRODUITS :

DATES AUXQUELLES UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE OU UN TRAITEMENT SPÉCIALISÉ A ÉTÉ DEMANDÉ OU REÇU :

4) Préjudice catastrophique résiduel (indemnisation disponible pour le préjudice catastrophique en plus de l'indemnisation disponible pour les Préjudices psychologiques léger, modéré et sévère) :

- Le Membre du groupe qui présente une demande d'indemnisation au titre de cette catégorie doit également présenter une demande d'indemnisation au titre de la catégorie Préjudice psychologique léger, modéré ou sévère, ci-dessus, et doit fournir des documents prouvant qu'il a :
- i) subi des conséquences physiques ou psychologiques catastrophiques en raison des Comportements compulsifs ou des Troubles du contrôle des impulsions dont il est allégué qu'ils ont été causés par l'utilisation d'ABILIFY® et/ou d'ABILIFY MAINTENA®, y compris, mais sans s'y limiter, la contamination par le VIH, l'hépatite ou une IST (infection sexuellement transmissible) incurable résultant de comportements hypersexuels, des idées suicidaires et l'hospitalisation connexe liée aux Comportements compulsifs ou aux Troubles du contrôle des impulsions et à leurs conséquences. Plus précisément, il a vécu (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

[illegible]

7A – ATTESTATION DU MEMBRE DU GROUPE

LÉGER :

- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant une période de **1-6 mois et** a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants pendant son utilisation d'ABILIFY® ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- ☐ Jeu compulsif
 - ☐ Comportements hypersexuels
 - ☐ Hyperphagie
 - ☐ Achats incontrôlables ou compulsifs

MODÉRÉ :

- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant **plus de 6 mois et** a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants (cochez toutes les cases qui s'appliquent) pendant son utilisation d'ABILIFY® ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections :
- ☐ Jeu compulsif
 - ☐ Comportements hypersexuels
 - ☐ Hyperphagie
 - ☐ Achats incontrôlables ou compulsifs
- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant une période de **1-6 mois et**, pendant son utilisation d'ABILIFY® ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou la prise de ses injections, a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants d'une sévérité telle que les Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions en question ont nécessité un traitement ou un suivi psychologique (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- ☐ Suivi psychologique pour jeu compulsif
 - ☐ Clinique pour le traitement des comportements hypersexuels
 - ☐ Clinique pour le traitement de l'hyperphagie
 - ☐ Clinique pour le traitement des achats incontrôlables

SÉVÈRE :

- ☐ Le Membre du groupe a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® pendant **plus de 6 mois** et a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle suivants pendant son utilisation d'ABILIFY® ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- ☐ Jeu compulsif
 - ☐ Comportements hypersexuels
 - ☐ Hyperphagie
 - ☐ Achats incontrôlables

ET

- ☐ Le Membre du groupe a fait faillite, s'est divorcé, a réhypothéqué un bien et/ou a fait l'objet de poursuites criminelles pour fraude, vol, etc. pendant qu'il présentait des Comportements compulsifs et/ou des Troubles du contrôle des impulsions ou par la suite (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- ☐ Déclaration de faillite
 - ☐ Divorce
 - ☐ Réhypothèque d'un bien
 - ☐ Poursuites criminelles
 - ☐ Autre événement _____

ET/OU (s'il y a lieu)

- ☐ Pendant son utilisation d'ABILIFY® ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections, le Membre du groupe a présenté un ou plusieurs des Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions suivants **pendant plus de 6 mois** d'une sévérité telle que les Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions en question ont nécessité un traitement ou un suivi psychologique **pendant plus de 6 mois** (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :
- ☐ Jeu compulsif
 - ☐ Comportements hypersexuels
 - ☐ Hyperphagie
 - ☐ Achats incontrôlables

Attestation

Le soussigné atteste, sous peine de sanction, que les renseignements fournis dans le présent Formulaire de réclamation sont véridiques et exacts au meilleur de ses connaissances, de ses convictions et des renseignements dont il dispose.

Signature du Membre du groupe ou
de son Représentant

Date: _____
JJ/MM/AAAA

Rubrique 8 – Perte financière

La présente rubrique s'applique uniquement si vous présentez une réclamation à l'égard de la perte financière alléguée d'un Membre du groupe. Un montant total de **1,7 M\$** a été réservé afin d'indemniser les Membres du groupe admissibles à l'égard de leurs pertes financières et sera réparti *proportionnellement* entre les Membres du groupe qui soumettent des réclamations, la priorité étant accordée à ceux qui soumettent des documents à l'appui de leurs réclamations relatives à des pertes de jeu.

Si vous demandez une indemnisation pour un préjudice financier relatif à des pertes de jeu indemnissables ou à un prêt lié à des pertes de jeu, veuillez remplir la présente rubrique et joindre les Registres de jeu et les Registres financiers demandés.

1) Pertes de jeu indemnissables

- ☐ Veuillez joindre **tous les** Registres de jeu **disponibles** pour tous les endroits où ont eu lieu des activités de jeu. Ces documents doivent faire état des activités de jeu pour chaque endroit. Les endroits de jeu comprennent les casinos, les sites Web de jeu en ligne et tout autre endroit où ont eu lieu les activités de jeu en cause, que ce soit en personne ou virtuellement. Les documents à l'appui peuvent comprendre notamment les dossiers de suivi psychologique pour des problèmes de jeu compulsif, les retraits à des guichets automatiques dans des casinos, les relevés de carte de crédit ou les relevés bancaires indiquant des paiements destinés au jeu, accompagnés d'une attestation signée par le Membre du groupe ou son représentant légal, figurant à la **Rubrique 8A**, indiquant le montant net des pertes de jeu.
- ☐ Veuillez indiquer si le Membre du groupe prenait d'autres médicaments d'ordonnance ayant des propriétés agonistes de la dopamine au moment où se sont produites les activités de jeu en cause. Ces médicaments comprennent notamment les suivants (veuillez cocher tous les médicaments que vous preniez au moment où se sont produites les activités de jeu en cause) :
 - ☐ Pramipexole (Mirapex)
 - ☐ Ropinirole (Requip)
 - ☐ Pergolide (Permax)
 - ☐ Autre (préciser) : _____

2) Perte de revenu indemnissable

- ☐ Veuillez joindre
 - (i) les documents démontrant que le Membre du groupe a présenté les Comportements compulsifs (les registres de jeu, comme les retraits à des guichets automatiques dans des casinos, l'autoexclusion d'un casino, les relevés de carte de crédit ou les relevés bancaires indiquant des paiements destinés au jeu, ou les dossiers médicaux ou les dossiers de suivi psychologique faisant état d'une demande de traitement pour

les Comportements compulsifs, accompagnés d'une attestation signée indiquant que vous avez présenté les Comportements compulsifs);

et

- (ii) les registres faisant état de toute perte de revenu si vos Comportements compulsifs ou Troubles du contrôle des impulsions ont mené à la cessation ou à la perte de votre emploi, y compris : le contrat de travail applicable et les déclarations de revenus pour les deux années précédant la cessation d'emploi. Veuillez également soumettre l'Attestation du Membre du groupe **et/ou** l'Attestation de l'Employeur, figurant ci-après à la **Rubrique 8B**, décrivant le motif de la cessation d'emploi.

3) Pertes sur prêts indemnissables

☐ Veuillez joindre :

- i) les documents démontrant que le Membre du groupe a présenté les Comportements compulsifs (les registres de jeu, comme les retraits à des guichets automatiques dans des casinos, l'autoexclusion d'un casino, les relevés de carte de crédit ou les relevés bancaires indiquant des paiements destinés au jeu, ou les dossiers médicaux ou les dossiers de suivi psychologique faisant état d'une demande de traitement pour les Comportements compulsifs, accompagnés d'une attestation signée indiquant que vous avez présenté les Comportements compulsifs);

et

- ii) tous les registres financiers disponibles se rapportant à tout prêt pour lequel une indemnisation est demandée. Si le prêt a été consenti par une institution financière, les registres doivent comprendre un état de compte courant pour le prêt. Si le prêt a été consenti par un prêteur privé, un ami ou un membre de la famille, veuillez fournir une attestation du prêteur, sous peine de sanction, confirmant ce qui suit : le solde impayé du prêt, le capital du prêt, les intérêts courus à ce jour et un registre de tous les remboursements à l'égard du prêt reçus à ce jour.

Rubrique 8A – Attestation du Membre du groupe concernant les pertes de jeu

Attestation

Le soussigné atteste, sous peine de sanction, que le Membre du groupe

- a) a ingéré ABILIFY® et/ou a reçu des injections d'ABILIFY MAINTENA® et a connu des problèmes de Jeu compulsif pendant son utilisation d'ABILIFY® et/ou la prise de ses injections d'ABILIFY MAINTENA® ou dans les 3 mois suivant la fin de son utilisation ou de ses injections;

ET

- b) a subi des pertes de jeu d'un montant net d'environ _____.

Signature du Membre du groupe ou de son
Représentant

Date: _____
JJ/MM/AAAA

Rubrique 8B – Perte de revenu indemnisable

La présente rubrique s'applique uniquement si vous présentez une réclamation au titre de la perte de revenu indemnisable d'un Membre du groupe.

Si vous présentez une demande d'indemnisation pour la perte de revenu d'un Membre du groupe dont les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions ont entraîné la cessation ou la perte de son emploi, veuillez remplir l'Attestation du Membre du groupe et/ou l'Attestation de l'Employeur ci-dessous et joindre les documents demandés.

- i) Veuillez joindre des dossiers **complets** démontrant toute perte de revenu si les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions du Membre du groupe ont entraîné la cessation ou la perte de son emploi, y compris : le contrat de travail applicable et les déclarations de revenus pour les deux années précédant la cessation d'emploi;

ET

- ii) Veuillez faire remplir par le Membre du groupe et/ou son Représentant l'attestation ci-dessous confirmant la cessation d'emploi et le motif de la cessation d'emploi, **ou** fournir l'Attestation de l'employeur.

ATTESTATION DU MEMBRE DU GROUPE

Renseignements au sujet de l'employeur

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____ Case postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone _____ - _____ - _____ Courriel : _____

Renseignements au sujet de l'emploi du Membre du groupe

Durée (Dates) de l'emploi du Membre du groupe : _____

Description des tâches et de la rémunération du Membre du groupe : _____

Date de cessation d'emploi : _____

Motif(s) de la cessation d'emploi :

Attestation

Le soussigné atteste, sous peine de sanction, que les Comportements compulsifs ou les Troubles du contrôle des impulsions du Membre du groupe et les comportements en résultant ont entraîné la cessation de son emploi.

Signature du Membre du groupe
ou de son Représentant

Date : _____
JJ/MM/AAAA

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Si le Membre du groupe choisit de soumettre l'Attestation de l'employeur, et si le Membre du groupe a fait l'objet d'une cessation ou d'une perte d'emploi par plus d'un employeur, cette rubrique doit être remplie séparément par chaque employeur.

Renseignements au sujet de l'Employeur

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom d'entreprise : _____

Relation avec le Membre du groupe : _____

Adresse : _____ Case postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : _____ - _____ - _____ Courriel : _____

Renseignements au sujet de l'emploi du Membre du groupe

Durée (Dates) de l'emploi du Membre du groupe _____

Description des tâches et de la rémunération du Membre du groupe : _____

Date de cessation d'emploi : _____

Motif(s) de la cessation d'emploi : _____

Attestation

Le soussigné atteste, sous peine de sanction, que les renseignements fournis dans la présente Attestation sont véridiques et exacts au meilleur de ses connaissances, de ses convictions et des renseignements dont il dispose.

Signature de l'employeur

Date : _____
JJ/MM/AAAA

Rubrique 9 – Déclaration du Membre du groupe

La présente rubrique doit être remplie par le Membre du groupe, son Représentant ou son Représentant légal.

Le soussigné consent par la présente à ce que les renseignements contenus dans le présent document soient divulgués dans la mesure nécessaire au traitement de la présente demande d'indemnité. Le soussigné reconnaît et comprend que le présent Formulaire de réclamation est un document judiciaire officiel approuvé par les Tribunaux de l'Ontario et du Québec qui supervisent le Règlement, et que le fait de soumettre le présent Formulaire de réclamation à l'Administrateur des réclamations équivaut à le déposer auprès d'un Tribunal.

Après avoir examiné les renseignements fournis dans le présent Formulaire de réclamation, le soussigné déclare, sous peine de sanction, que les renseignements fournis dans le présent Formulaire de réclamation sont véridiques et exacts au meilleur de ses connaissances, de ses convictions et des renseignements dont il dispose.

Signature

Date _____
JJ/MM/AAAA

Rubrique 10 – Déclaration du médecin

La présente rubrique doit être remplie UNIQUEMENT si vous n'avez pas RÉUSSI à obtenir et à fournir les dossiers d'ordonnances et/ou les dossiers médicaux requis à la Rubrique 6 ci-dessus.

Je déclare solennellement que :

1. Je suis un médecin autorisé à pratiquer la médecine dans la province de

_____.

2. Je suis/j'étais le médecin traitant de _____ (Membre du groupe) et j'atteste par la présente que le Membre du groupe s'est vu prescrire et/ou a reçu ABILIFY® et/ou ABILIFY MAINTENA® comme suit :

ABILIFY® ☐ OUI ☐ NON

Date(s), durée et posologie(s) : _____

ABILIFY MAINTENA® ☐ OUI ☐ NON

Date(s), durée et posologie(s) : _____

Signature du médecin _____ Date _____

Nom du médecin _____

N° de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (ou l'équivalent) : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

La présente rubrique doit être remplie UNIQUEMENT si vous n’avez pas RÉUSSI à obtenir et à fournir les dossiers d’ordonnances et/ou les dossiers médicaux requis à la Rubrique 6 ci-dessus.

ABILIFY® ☐ OUI ☐ NON

Date(s), durée et posologie(s) : _____

ABILIFY MAINTENA® ☐ OUI ☐ NON

Date(s), durée et posologie(s) :

Le soussigné atteste que des efforts raisonnables ont été déployés pour obtenir les dossiers médicaux et/ou les dossiers d'ordonnances requis et que les raisons suivantes expliquent POURQUOI ces documents n'ont pas pu être obtenus et fournis (veuillez joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

[illegible]

Date _____

JJ/MM/AAAA