

Le Formulaire de réclamation doit être soumis par voie électronique via le portail de gestion des réclamations en ligne au <https://portal.invokanacanadasettlement.com>, avant la Date limite de dépôt des réclamations, soit le 14 août 2023, à 23h59 .

ENTENTE DE RÈGLEMENT NATIONALE RELATIVE À INVOKANA FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

ESTATE OF RAYMOND DUCK

Demandeurs

- et -

JANSSEN INC., JANSSEN
PHARMACEUTICALS INC., JOHNSON
& JOHNSON, et JOHNSON & JOHNSON
INC.

Défenderesses

PROVINCE DE L'ONTARIO

Défenderesses

Cour supérieure de justice de l'Ontario
Dossier de Cour no. CV-18-0000570-00CP

STEVEN VARNAI & JOANNE GIROUX

Demandeurs

c.

JANSSEN INC., JANSSEN
PHARMACEUTICALS INC., JOHNSON
& JOHNSON, et JOHNSON & JOHNSON
INC.

Défenderesses

PROVINCE DE QUÉBEC

Cour supérieure du Québec

District of Montréal

(Actions collectives)

Dossier de Cour no. 500-06-000906-186

RONALD ALLEN FIDDLER

Demandeur

- et -

JANSSEN INC., JANSSEN
PHARMACEUTICALS INC., JANSSEN
ORTHO LLC, JOHNSON & JOHNSON,
et JOHNSON & JOHNSON INC.,

Défenderesses

PROVINCE DE LA SASKATCHEWAN

Cour du Banc du Roi de la Saskatchewan

Centre judiciaire de Regina

Dossier de Cour no. K.B.G.- RG 2809/2015

Trilogy Class Action Services

**Entente de règlement nationale relative à
Invokana**

117, rue Queen, P.O. Box 1000,
Niagara-on-the-Lake, Ontario, L0S 1J0

Téléphone : 1-877-400-1211

Télécopieur : 1-416-342-1761

Courriel : claims@trilogyclassactions.ca

Anglais : <https://www.invokanacanadasettlement.com>

Français : <https://fr.invokanacanadasettlement.com>

Portail : <https://portal.invokanacanadasettlement.com>

Entente de règlement nationale relative à Invokana INSTRUCTIONS CONCERNANT LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Le fait de ne pas se conformer entièrement à ces instructions peut entraîner le rejet de votre Formulaire de réclamation.

Pour vous inscrire à titre de Demandeur d'indemnisation et soumettre électroniquement votre Formulaire de réclamation ainsi que les pièces justificatives via le portail en ligne de l'Administrateur des Réclamations, veuillez cliquer ici : <https://portal.invokanacanadasettlement.com>

Votre Formulaire de réclamation doit être soumis par voie électronique.

Les instructions, informations et termes clés définis ci-dessous sont conformes à l'Entente de règlement et au Protocole d'indemnisation approuvés par les Tribunaux. Si vous souhaitez consulter l'intégralité de l'Entente de règlement et du Protocole d'indemnisation, veuillez consulter la section publique de documents du portail ou veuillez visiter le site Internet dédié à l'action collective à l'adresse :

<https://www.invokanacanadasettlement.com/case-documents>

Termes clés définis - Conformément au Protocole d'indemnisation approuvé par les Tribunaux

« **Administrateur des réclamations** » désigne la société proposée par l'Avocat du groupe et nommée par les tribunaux dans le but d'administrer le Montant du règlement conformément aux dispositions de l'Entente de règlement et du Protocole d'indemnisation, ainsi que tout employé de cette société ;

« **Arbitre** » désigne la personne, choisie par l'Avocat du groupe et approuvée par la Cour, qui examinera les recours contre les décisions de l'Administrateur des réclamations ;

« **Blessure(s) Admissible(s)** » désigne :

- (i) un diagnostic d'insuffisance rénale aiguë survenu le ou avant le 25 avril 2016;
- (ii) un diagnostic d'acidocétose diabétique survenu le ou avant le 31 août 2016; ou
- (iii) l'amputation d'un membre inférieur (c'est-à-dire une jambe, un pied ou un ou plusieurs orteils) survenue le ou avant le 6 décembre 2017.

« **Demandeur d'indemnisation** » (collectivement, « **les Demandeurs d'indemnisation** ») désigne chaque Membre du groupe qui dépose une demande d'indemnisation conformément au Protocole d'indemnisation ;

« **Formulaire de réclamation** » désigne le formulaire de réclamation développé par l'Administrateur des réclamations en consultation avec l'avocat du groupe et approuvé par la Cour ;

« **Groupes** » désigne le groupe de l'Ontario, le groupe de la Saskatchewan et le groupe du Québec ;

« **Groupe de l'Ontario** » désigne :

- (i) Toutes les personnes résidant au Canada (à la date de l'Ordonnance d'autorisation du recours collectif) à l'exception des Membres du groupe de la Saskatchewan et des Membres du groupe du Québec, à qui l'on a prescrit et qui ont pris Invokana, Invokamet, et/ou Invokamet XR au Canada à tout moment le, ou avant la date de l'Ordonnance d'autorisation du recours ; et
- (ii) toutes les personnes, à l'exception des Membres du Groupe de la Saskatchewan et des Membres du Groupe du Québec, qui, du fait d'une relation personnelle avec une ou plusieurs des personnes décrites en (i) ci-dessus, peuvent prétendre à des dommages-intérêts en vertu du droit commun (common law) ou de la loi.

« **Groupe du Québec** » désigne :

- (i) Toutes les personnes résidant au Québec (à la date de l'autorisation de l'action collective), à qui l'on a prescrit et qui ont pris Invokana, Invokamet, et/ou Invokamet XR au Québec à tout moment le, ou avant la date de l'Ordonnance d'autorisation ; et
- (ii) Toutes les personnes qui, du fait d'une relation personnelle avec une ou plusieurs des personnes décrites en (i) ci-dessus, peuvent prétendre à des dommages-intérêts en vertu du droit commun (common law) ou de la loi.

« **Groupe de la Saskatchewan** » signifie :

- (i) Toutes les personnes résidant au Saskatchewan (à la date de l'Ordonnance d'autorisation de l'action), à qui l'on a prescrit et qui ont pris Invokana, Invokamet, et/ou Invokamet XR au Saskatchewan à tout moment le, ou avant la date de l'ordonnance d'autorisation ; et
- (ii) Toutes les personnes qui, du fait d'une relation personnelle avec une ou plusieurs des personnes décrites en (i) ci-dessus, peuvent prétendre à des dommages-intérêts en vertu du droit commun (common law) ou de la loi.

« **Preuve de blessure** » désigne la preuve, au moyen de dossiers médicaux contemporains, qui peuvent inclure des dossiers médicaux ou hospitaliers contemporains appuyés par une lettre du médecin fournissant toute clarification nécessaire sur le contenu des dossiers, de chaque blessure admissible faisant l'objet de la demande ;

« **Preuve de prescription** » désigne la documentation qui doit être fournie pour établir :

- (i) la preuve de la prescription du Produit Invokana pour le traitement d'un diagnostic de diabète par le biais de dossiers médicaux ou de la documentation du médecin prescripteur ou du médecin traitant;
- (ii) la preuve de prescription d'un ou de plusieurs Produit(s) Invokana, à savoir :
 - a. des dossiers médicaux et/ou pharmaceutiques contemporains démontrant la consommation d'un Produit Invokana;
 - b. des dossiers contemporains de prestations d'assurance démontrant la couverture pour un Produit Invokana; ou
 - c. la documentation provenant du médecin prescripteur ou traitant confirmant la consommation d'un Produit Invokana.
- (iii) déterminer la durée d'utilisation du Produit Invokana requise pour chaque Blessure Admissible réclamée, comme suit :
 - a. 7 jours d'utilisation continue, y compris au cours des 48 heures précédant l'événement pour un diagnostic d'insuffisance rénale aiguë;
 - b. 7 jours d'utilisation continue, y compris dans les 48 heures précédant l'événement, pour un diagnostic d'acidocétose diabétique;
 - c. 30 jours d'utilisation continue, y compris dans les 30 jours de la procédure, pour l'amputation d'un membre inférieur.

La preuve de la consommation est à établir avec les dossiers médicaux et/ou pharmaceutiques actuels, ou les dossiers de prestations d'assurance actuelles, ou la documentation du médecin prescripteur ou traitant. Sauf preuve claire du contraire, il sera présumé que la prescription du produit Invokana a été remplie et prise conformément à l'ordonnance ;

« **Protocole d'indemnisation** » désigne le plan approuvé par la Cour pour l'administration de l'Entente de règlement et la distribution du Montant de règlement aux Membres du groupe ;

« **Produit(s) Invokana** » désigne Invokana, Invokamet et/ou Invokamet XL;

« **Réclamant Approuvé** » désigne un Demandeur d'indemnisation que l'Administrateur des Réclamations juge admissible à l'obtention d'une indemnité en vertu du Protocole d'indemnisation ;

FORMULAIRES DE RÉCLAMATION INCOMPLETS OU TARDIFS

Les réclamations qui ne sont pas transmises correctement et en temps opportun à l'Administrateur des Réclamations avant la Date limite de réclamation seront refusées par celui-ci. Pour plus de clarté, le fait de ne pas respecter la Date limite de réclamation pertinente et de joindre les preuves requises entraînera le rejet de la réclamation.

DIRECTIVES POUR LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Si, au cours du traitement des réclamations, l'Administrateur des Réclamations constate des irrégularités techniques dans le Formulaire de réclamation ou les Preuves soumises par un Demandeur d'indemnisation, il devra en informer le Demandeur d'indemnisation et lui accorder un délai de 60 jours à compter de la date d'envoi pour corriger ces irrégularités. Cet avis se fera par lettre transmise par courriel, si possible, ou par courrier de première classe.

Si les irrégularités ne sont pas corrigées dans la période de 60 jours, l'Administrateur des Réclamations rejettera la réclamation et le Demandeur d'indemnisation n'aura plus la possibilité de corriger les irrégularités.

Les « irrégularités techniques » ne comprennent pas le fait de ne pas respecter la Date limite de réclamation ou de ne pas fournir de preuves suffisantes pour étayer la réclamation du Demandeur d'indemnisation. Dans le cas où un Demandeur d'indemnisation a demandé mais n'a pas encore reçu les Preuves, le Demandeur d'indemnisation pourra soumettre des copies conformes des demandes de documents qui ont été transmises afin de demander les Preuves et le manquement à fournir ces Preuves sera considéré comme une « irrégularité technique ».

Le Formulaire de réclamation doit être soumis par voie électronique via le portail de gestion des réclamations en ligne au <https://portal.invokanacanadasettlement.com>, avant la Date limite de dépôt des réclamations, soit le 14 août 2023, à 23h59.

**ENTENTE DE RÈGLEMENT NATIONALE RELATIVE À INVOKANA
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR D'INDEMNISATION

Nom et coordonnées de la partie qui dépose la réclamation :

Prénom :	Deuxième prénom :	Nom de famille :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse :	Pays :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ville :	Province :	Code postal :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone :	Courriel :	
Indicatif régional Numéro		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langue de préférence : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		

Si vous déposez une réclamation au nom d'une autre Personne, nom de la Personne pour laquelle vous déposez une réclamation ou nom de la Personne Assurée

Prénom :	Deuxième prénom :	Nom de famille :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse :	Pays :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ville :	Province :	Code postal :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone :	Courriel :	
Indicatif régional Numéro		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langue de préférence : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Relation avec la personne :	
	<input type="text"/>	

RÉPARTITION DU RÈGLEMENT

Le Produit Net du Règlement sera réparti entre les Réclamants Approuvés en proportion des points cumulés qui leur sont attribués en vertu du présent Protocole d'indemnisation.

AJUSTEMENT FACULTATIF DES FACTEURS DE RISQUE

Les Membres du Groupe peuvent demander un ajustement des facteurs de risque afin d'augmenter de cinquante pour cent (50%) la valeur cumulative de leurs points. Afin de réclamer l'ajustement des facteurs de risque, les Membres du Groupe doivent soumettre une Déclaration concernant les facteurs de risque et une copie de leurs dossiers médicaux auprès de leur médecin généraliste pour les deux années précédant leur Blessure Admissible.

RÉPARTITION DES POINTS

Les Réclamants Approuvés se verront attribuer des points à la seule discrétion de l'Administrateur des Réclamations, sous réserve du droit d'appel prévu au présent Protocole d'indemnisation. L'Administrateur des Réclamations attribuera des points en se basant sur la totalité des informations et des ressources dont il dispose, en utilisant son jugement et son expertise afin de juger les réclamations de manière juste et raisonnable. Dans le cas où un Réclamant Approuvé répond aux critères de plus d'un niveau de Blessure, le Réclamant Approuvé recevra le nombre cumulatif de points alloués à chaque niveau de Blessure.

***Pour une répartition complète de l'attribution des points, veuillez vous référer à la page 4 du Protocole d'indemnisation qui se trouve à l'adresse <https://fr.invokanacanadasettlement.com/case-documents>.**

AVIS AUX DEMANDEURS D'INDEMNISATION ET APPELS DES RÉCLAMATIONS

(a) Avis

L'Administrateur des Réclamations informera chaque Demandeur d'indemnisation de l'approbation ou du rejet de sa réclamation et des points qui lui ont été attribués par le biais d'une lettre transmise par courriel, si possible, ou par courrier de première classe.

(b) Appels

Les Demandeurs d'indemnisation disposeront d'une période de 30 jours à compter de la date d'envoi de l'avis pour faire appel du rejet et/ou du classement de leurs réclamations. Les appels seront examinés et évalués par un Arbitre. Les appels seront soumis par écrit à l'Arbitre et seront appuyés uniquement par la documentation fournie à l'Administrateur des Réclamations. Suite au résultat de l'Appel, il n'y aura aucun droit d'appel ou de révision supplémentaire. Des frais de 150 \$ seront payables par le Membre du Groupe si l'appel est rejeté.

ADMISSIBILITÉ DU DEMANDEUR D'INDEMNISATION		
Province ou Territoire de résidence À LA DATE D'AUTORISATION.		
Je/le Patient s'est vu prescrire et a utilisé Invokana, Invokamet, et/ou Invokamet XR à un moment quelconque le ou avant la DATE D'AUTORISATION et a ensuite subi une insuffisance rénale aiguë, une acidocétose diabétique ou la perte d'un membre inférieur (Oui ou Non).		
Date de la première utilisation du médicament :	Reçu comme traitement à l'hôpital;	
	Reçu comme traitement dans le cabinet du médecin;	
	Après avoir rempli une ordonnance.	
Date de naissance :		
DOCUMENTS JUSTIFICATIFS REQUIS		

BLESSURE ADMISSIBLE – INSUFFISANCE RÉNALE AIGUË - Diagnostiqué le ou avant le 25 avril 2016		
1a	Est-ce que vous ou le patient avez souffert d'insuffisance rénale aiguë ?	
1b	Est-ce que vous ou le patient avez suivi un traitement de substitution rénale (hémofiltration continue, hémodialyse, hémodialyse intermittente ou dialyse péritonéale) ?	
1c	Y a-t-il eu un traitement de substitution rénale prolongé ? (durée de 6 mois ou plus)	
1d	Le décès est-il survenu à la suite d'une insuffisance rénale aiguë ?	
Âge auquel la Blessure s'est produite .		0-40 ans
		41-50 ans
		51-60 ans
		61-70 ans
		71-80 ans
		81 ans et plus
Nombre de jours d'hospitalisation à la suite de la Blessure.		Aucun
		1-4 jours
		5-9 jours
		10-14 jours
		15 jours et plus
DOCUMENTS JUSTIFICATIFS REQUIS		

BLESSURE ADMISSIBLE - PERTE DE MEMBRES INFÉRIEURS – Survenue le ou avant le 6 décembre 2017		
2a	<p>Y a-t-il eu amputation de la jambe au-dessus du genou ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Les réclamants approuvés qui reçoivent des points pour l'amputation de la jambe au-dessus du genou ne reçoivent aucun point en vertu des points 2b à 2i. 	
2b	<p>Y a-t-il eu une amputation de la jambe au-dessous du genou ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Les réclamants approuvés qui reçoivent des points pour l'amputation de la jambe au-dessous du genou ne reçoivent aucun point en vertu des points 2a ou 2c à 2i. 	
2c	<p>Y a-t-il eu une amputation du pied ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Amputation à la cheville - ou amputation de Symes Amputation médio-tarsienne - ou amputation de Chopart Amputation tarsométatarsienne - ou amputation de Lisfranc. <p>L'amputation trans-métatarsienne est considérée comme une amputation du pied.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les réclamants approuvés qui reçoivent des points pour l'amputation du pied ne reçoivent aucun point en vertu des points 2d à 2i. 	
2d	<p>Y a-t-il eu une amputation des orteils - c'est-à-dire une amputation des cinq orteils au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne ?</p>	
2e	<p>Y a-t-il eu amputation d'un orteil avec perte de l'extrémité distale du premier métatarsien ?</p>	
2f	<p>Y a-t-il eu amputation de l'orteil, c'est-à-dire amputation osseuse du gros orteil au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne ?</p>	
2g	<p>Y a-t-il eu amputation de l'orteil en raison de l'amputation de la partie distale du cinquième métatarsien ?</p>	
2h	<p>Y a-t-il eu amputation d'un orteil, c'est-à-dire amputation du gros orteil au niveau de l'articulation interphalangienne ?</p>	
2i	<p>Y a-t-il eu amputation des orteils, c'est-à-dire amputation totale ou partielle des deuxième, troisième, quatrième et cinquième orteils ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Les réclamants approuvés recevront 1 point pour une amputation totale ou partielle des deuxième, troisième, quatrième et cinquième orteils, jusqu'à un maximum de 4 points. 	
2j	<p>Y a-t-il eu un débridement de la plaie ou une procédure d'incision et de drainage à la suite d'une procédure d'amputation admissible ?</p> <p>Y a-t-il eu des complications de la plaie (y compris une infection, une déhiscence, une rupture de la plaie, un sérome, un hématome, une ostéomyélite, une nécrose des tissus ou un œdème du moignon) à la suite d'une procédure d'amputation admissible ?</p> <p>Les réclamants approuvés recevront 2 points pour chaque procédure jusqu'à un maximum de 6 points.</p>	
2l	<p>Le décès est-il survenu à la suite de l'amputation d'un membre inférieur ?</p>	

Âge auquel la Blessure s'est produite.	0-40 ans	
	41-50 ans	
	51-60 ans	
	61-70 ans	
	71-80 ans	
	81 ans et plus	
Nombre de jours d'hospitalisation à la suite de la Blessure.	Aucun	
	1-4 jours	
	5-9 jours	
	10-14 jours	
	15 jours et plus	

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS REQUIS

**BLESSURE ADMISSIBLE - ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE - Maximum 23 points
Diagnostiquée le ou avant le 31 août 2016**

3a	Avez-vous ou le patient a-t-il été diagnostiqué comme souffrant d'acidocétose diabétique et traité sans être hospitalisé ?	
3b	Avez-vous ou le patient a-t-il été diagnostiqué comme souffrant d'une acidocétose diabétique nécessitant une admission à l'hôpital ?	
3c	Le décès est-il survenu à la suite d'une acidocétose diabétique ?	
Âge auquel la Blessure s'est produite.	0-40 ans	
	41-50 ans	
	51-60 ans	
	61-70 ans	
	71-80 ans	
	81 ans et plus	
Nombre de jours d'hospitalisation à la suite de la Blessure.	Aucun	
	1-4 jours	
	5-9 jours	
	10-14 jours	
	15 jours et plus	

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS REQUIS

Déclaration concernant les Facteurs de risque

Je, _____, de la ville de _____

dans la province de _____,

DÉCLARE SOLONNELLEMENT :

1. Je n'ai pas fumé de cigarettes ou de cigares dans les deux (2) années de ma Blessure Admissible.
2. Je n'ai pas fait l'objet d'un diagnostic d'alcoolisme, de dépendance à l'alcool ou d'abus d'alcool ou d'une référence similaire, dans les deux (2) années de ma Blessure Admissible.
3. Je n'ai pas ingéré d'autres inhibiteurs du SGLT2 connus sous le nom de dapagliflozin (Forxiga) et/ou empagliflozin (Jardiance) dans les 30 jours suivant ma Blessure Admissible.
4. Je dépose une réclamation pour une Insuffisance rénale aiguë en vertu de l'Entente de règlement nationale relative à Invokana et, avant de subir ma Blessure Admissible, je n'ai **pas** reçu de diagnostic de maladie rénale. (RAYEZ LE PARAGRAPHE CI-DESSUS S'IL EST INAPPLICABLE)
5. Je dépose une réclamation pour la Perte d'un membre inférieur en vertu de l'Entente de règlement nationale relative à Invokana et, avant de subir ma Blessure Admissible, je n'ai **pas** reçu de diagnostic pour l'un des éléments suivants :
 - (i) Maladie vasculaire périphérique;
 - (ii) Naturopathie diabétique;
 - (iii) Amputation antérieure d'un membre inférieur avant ma Blessure Admissible; ou
 - (iv) Pied de Charcot.(RAYEZ LE PARAGRAPHE CI-DESSUS S'IL EST INAPPLICABLE)
6. Je reconnais et je comprends que cette Déclaration concernant les facteurs de risque et les documents au soutien seront utilisés par l'Administrateur des Réclamations pour attribuer des points conformément au Protocole d'indemnisation relatif à l'Entente de règlement nationale relative à Invokana.
7. Je reconnais que la transmission de mes dossiers médicaux, telle qu'exigée par le Protocole d'indemnisation de l'Entente de règlement nationale relative à Invokana, peut être examinée par l'Administrateur des Réclamations pour confirmer l'exactitude des informations contenues à la présente Déclaration.
8. Après avoir examiné les informations fournies dans la présente Déclaration, je déclare, sous peine de parjure, que les informations fournies dans la présente Déclaration sont vraies et correctes au meilleur de mes connaissances, informations et croyances.
9. Je consens par la présente à la divulgation des renseignements contenus dans le présent document dans la mesure nécessaire au traitement de cette réclamation. J'autorise par la présente l'Administrateur des Réclamations à communiquer avec moi au besoin afin d'administrer la réclamation.

Signature du Demandeur d'indemnisation
(ou de son représentant)

Nom en lettres moulées du Demandeur d'indemnisation
(ou de son représentant)

Date

Signature du Témoin

Nom en lettres moulées du Témoin

Date