

## Annexe A

### Déclaration du requérant

#### DÉCLARATION DU REQUÉRANT

#### RECOURS COLLECTIF CANADIEN CONCERNANT LE SYSTÈME DE RESURFACAGE FÉMORAL M2a 38, M2a MAGNUM et ReCAP MÉTAL SUR MÉTAL

Le présent formulaire doit être rempli et retourné à l'administrateur des réclamations par dépôt électronique, courriel, courrier ou en personne au plus tard le **26 janvier 2026**.

Je fais une réclamation moi-même ou par l'entremise d'un avocat :

en tant que requérant ayant reçu un implant du système de resurfaçage fémoral M2a 38, M2a Magnum ou ReCap, ou toute combinaison de ces derniers, implanté au Canada et utilisé comme système d'implant de hanche métal sur métal (le « **dispositif Biomet** »).

en tant que représentant (une personne qui est le représentant personnel d'un requérant décédé ou ayant une invalidité légale) d'un requérant.

#### Section A : Renseignements sur le requérant

Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Sexe :  Homme  Femme  Autre

Adresse

Ville

Province/Territoire

Code postal

Numéro de téléphone de jour

Numéro de téléphone cellulaire

Courriel

Numéro d'assurance-maladie provinciale actuel (« **NAM** ») (le cas échéant)

La province de résidence du requérant a-t-elle changé depuis que le requérant s'est vu implanter un dispositif Biomet?

Oui  Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez entrer l'autre ou les autres provinces de résidence du requérant et son numéro d'assurance-maladie.

Numéros d'assurance-maladie de cette ou ces provinces :

#### Section B : Représentant personnel

Remplissez-vous ce formulaire en tant que personne ayant la capacité légale d'agir au nom du requérant (c.-à-d., une personne ayant une procuration, un représentant successoral, etc.)?

Oui  Non

Si « Oui », veuillez remplir le reste de la section B en fournissant les renseignements demandés à votre sujet. Si « Non », passez à la section C.

---

Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille
--------	-----------------	----------------

---

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

---

Adresse

---

Ville	Province/Territoire	Code postal
-------	---------------------	-------------

---

Courriel	Date du décès du requérant (le cas échéant) (jj/mm/aaaa)
----------	----------------------------------------------------------

---

Numéro de téléphone de jour	Numéro de téléphone cellulaire
-----------------------------	--------------------------------

**Relation avec le requérant :**

Veillez joindre les documents qui vous accordent l'autorité légale d'agir au nom du requérant à ce formulaire (c.-à-d. procuration, testament, lettres d'administration, etc). Si le requérant est décédé, veuillez également joindre une copie du certificat de décès du requérant à ce formulaire.

- Procuration
- Certificat d'incapacité
- Lettre d'administration
- Testament
- Certificat de décès
- Lettre d'homologation
- Autre. Veuillez expliquer \_\_\_\_\_

### Section C : Renseignements sur l'avocat (le cas échéant)

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom de l'avocat \_\_\_\_\_

Nom du cabinet d'avocats \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

### Section D : Renseignements sur l'implantation du dispositif Biomet

Emplacement de l'appareil :  Côté droit  Côté gauche  Bilatéral

Date de l'implantation (côté droit) \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

Date de l'implantation (côté gauche) \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

**Les autocollants d'identification et le ou les rapports chirurgicaux liés à votre ou à vos dispositifs Biomet doivent être soumis avec la présente Déclaration du requérant.**

### Section E : Renseignements sur la chirurgie corrective

Le requérant a-t-il subi une chirurgie corrective ou une intervention chirurgicale pour retirer le ou les dispositifs Biomet?

Oui  Non

Si vous avez coché « Non », veuillez passer à la section F ci-dessous.

Localisation de la chirurgie corrective :  Côté droit  Côté gauche  Bilatéral

Date de la chirurgie corrective liée à l'implant (côté droit) \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

Date de la chirurgie corrective liée à l'implant (côté gauche) \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

**Section F : Chirurgie corrective exclue pour des raisons médicales**

Le médecin du requérant a-t-il recommandé une chirurgie corrective tout en informant le requérant qu'une chirurgie corrective était exclue pour lui pour des raisons médicales?

Oui  Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez soumettre avec ce formulaire soit : i) les dossiers médicaux d'autres rapports médicaux qui indiquent explicitement que la chirurgie corrective est exclue pour vous pour des raisons médicales ; soit ii) la Déclaration du médecin, remplie et signée par votre médecin. Remplissez le reste de la section F.

Si vous avez coché « Non », veuillez passer à la section G.

Veuillez préciser le nom et l'adresse du médecin qui a conseillé le requérant, la date de la discussion et la ou les affections médicales qui empêchent le requérant de subir l'intervention chirurgicale. Veuillez indiquer si le requérant a été informé que la ou les conditions empêcheront définitivement le requérant de subir une chirurgie corrective, plutôt que de retarder la chirurgie corrective.

\_\_\_\_\_  
Date(s) de la discussion (JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Médecin

\_\_\_\_\_  
Adresse

Affection(s) médicales : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Section G : Renseignements sur la famille immédiate du requérant

Remplissez cette section si le requérant a subi une chirurgie corrective ou si la chirurgie corrective est exclue pour lui pour des raisons médicales.

Si le requérant a subi au moins une chirurgie corrective pour retirer un dispositif Biomet, veuillez répondre aux questions suivantes :

Un conjoint adulte, un enfant, un petit-enfant, un parent, un grand-parent, un frère ou une sœur a-t-il fourni au requérant des soins pour l'aider à se rétablir après sa ou ses chirurgies correctives visant à explanter le ou les dispositifs Biomet?

Oui  Non

Si vous avez coché « Oui », indiquez le nom du ou des membres de la famille et leur relation avec le requérant :

---

Nom du ou des membres de la famille

Relation avec le requérant

Le requérant avait-il eu des enfants de moins de 18 ans qui vivaient avec lui à la date de sa chirurgie corrective visant à explanter le ou les dispositifs Biomet?

Oui  Non

Si vous avez coché « Oui », précisez le nom et la date de naissance :

---

Nom

DDN : (jj/mm/aaaa)

---

Nom

DDN : (jj/mm/aaaa)

Si la chirurgie corrective est exclue pour le requérant pour des raisons médicales, veuillez répondre aux questions suivantes :

Un conjoint adulte, un enfant, un petit-enfant, un parent, un grand-parent, un frère ou une sœur a-t-il fourni au requérant des soins pour l'aider à se rétablir après sa ou ses chirurgies visant à implanter le ou les dispositifs Biomet?

Oui  Non

Si vous avez coché « Oui », indiquez le nom du ou des membres de la famille et leur relation avec le requérant :

---

Nom du ou des membres de la famille

Relation avec le requérant

Le requérant avait-il des enfants de moins de 18 ans qui vivaient avec lui à la date de sa chirurgie pour implanter le ou les dispositifs Biomet?

Oui  Non

Si vous avez coché « Oui », précisez le nom et la date de naissance de ces enfants :

---

Nom

DDN : (jj/mm/aaaa)

---

Nom

DDN : (jj/mm/aaaa)

## Section H : Complications après la chirurgie correctrice

La ou les chirurgies correctrices subies par le requérant ont-elles causé l'une des complications suivantes? Si oui, indiquez la date à laquelle la complication est survenue.

Date (jj/mm/aaaa)

**Deuxième chirurgie correctrice** (chirurgie pour retirer un implant de remplacement de la hanche qui avait été implanté dans le cadre d'une chirurgie correctrice parce que le dispositif de remplacement de la hanche a échoué)

**Troisième chirurgie correctrice** (chirurgie pour retirer un implant de remplacement de la hanche qui avait été implanté dans le cadre d'une deuxième chirurgie correctrice parce que le dispositif de remplacement de la hanche a échoué)

**Infection** (toute infection dans la hanche corrigée diagnostiquée dans les 30 jours suivant une chirurgie correctrice et dont la cause établie est la chirurgie correctrice)

**Fracture fémorale** (fracture du fémur qui survient pendant une chirurgie correctrice ou à la suite de la chirurgie correctrice, à l'exception d'une fracture résultant d'un traumatisme qui survient avant ou après la chirurgie correctrice)

**Luxation** (désolidarisation complète de la tête fémorale et de la cupule acétabulaire survenant dans les 6 semaines suivant la chirurgie correctrice)

**Caillot sanguin** (embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde résultant d'une chirurgie correctrice et diagnostiquée dans les 72 heures suivant une chirurgie correctrice)

**Accident vasculaire cérébral** (incident ou attaque cérébrovasculaire survenant dans les 72 heures suivant une chirurgie correctrice et dont la cause établie est la chirurgie correctrice)

**Crise cardiaque** (infarctus du myocarde ou arrêt cardiaque survenant dans les 72 heures suivant une chirurgie correctrice et dont la cause établie est la chirurgie correctrice)

**Lésion nerveuse permanente** (lésion nerveuse [y compris, mais sans s'y limiter, la meralgie paresthésique et le pied tombant causés par une lésion du nerf péronier] résultant d'une chirurgie correctrice et qui est permanente, telle qu'établie par les dossiers médicaux ou la déclaration du médecin, ou qui a persisté pendant 18 mois ou plus)

**Décès** (décès du membre du groupe dans les 72 heures suivant une chirurgie correctrice des suites de la chirurgie correctrice)

**Perte de salaire** (perte économique étayée par des preuves documentaires montrant une perte de revenu supérieure à 20 % du revenu brut global du demandeur pour les 2 années les mieux rémunérées au cours des 4 années précédant la chirurgie correctrice)

Pour faire une réclamation pour complication(s) après une chirurgie corrective (SAUF pour une réclamation de perte de salaire), vous devez soumettre ce qui suit avec ce formulaire :

- A) Une Déclaration du médecin documentant chaque complication ; OU
- B) Des dossiers médicaux ou autres rapports médicaux, y compris les rapports chirurgicaux, relatifs à chaque complication.

Pour faire une réclamation pour perte de salaire, vous devez soumettre des preuves documentaires montrant une perte de revenu, après la chirurgie corrective, supérieure à 20 % du revenu brut total du requérant pour les deux années de gains les plus élevés au cours des quatre années précédant la chirurgie corrective. Cette preuve documentaire doit comprendre :

- A) les relevés d'impôt sur le revenu, T4, avis de cotisation ou documents semblables produits par une autorité fiscale reconnue ; OU
- B) des dossiers d'emploi avant et après la chirurgie corrective, c'est-à-dire talons de paie, lettres d'offre d'emploi et documents semblables.

## Section I : Dépenses personnelles

Remplissez cette section uniquement si le requérant a subi une chirurgie corrective ou si la chirurgie corrective est exclue pour lui pour des raisons médicales.

- Cochez cette case si le requérant a acheté son ou ses dispositifs Biomet avec ses propres fonds (c.-à-d. que le coût de l'implant n'a pas été payé par un assureur). Si vous avez coché la case, veuillez joindre au formulaire tous les reçus ou autres documents illustrant le montant payé par le requérant pour le ou les dispositifs ) Biomet.

Le requérant (qui a subi une chirurgie corrective ou pour qui la chirurgie corrective est exclue pour des raisons médicales) a-t-il engagé d'autres dépenses personnelles en lien avec une chirurgie corrective, des complications post-chirurgie corrective ou un traitement médical?

- Oui  Non

Si vous avez coché « Non », passez à la section J. Si vous avez coché « Oui », veuillez répondre aux questions suivantes :

Ces frais remboursables sont-ils de 2 500 \$ ou moins?

- Oui  Non

Si vous avez coché « Non » et que vous souhaitez demander un remboursement pour des dépenses engagées supérieures à 2 500 \$, vous pouvez remplir et soumettre le Formulaire de demande de règlement à partir du fonds de dépenses extraordinaires. Veuillez noter que vous devez fournir des reçus étayant toutes vos dépenses personnelles si vous demandez un remboursement totalisant plus de 2 500 \$. Si vous choisissez de remplir le Formulaire de demande de règlement à partir du fonds de dépenses extraordinaires, veuillez joindre les reçus étayant les dépenses n'excédant pas 2 500 \$ pour lesquelles vous cherchez à obtenir un remboursement à la présente Déclaration du requérant et joindre les reçus étayant toute dépense supplémentaire dont vous cherchez à obtenir le remboursement au Formulaire de demande de règlement à partir du fonds de dépenses extraordinaires.

Si vous avez coché « Oui » ci-dessus ou si vous cherchez à obtenir un remboursement de dépenses personnelles n'excédant pas 2 500 \$, avez-vous des reçus pour étayer les dépenses que vous avez engagées?

- Oui  Non

Si « Oui », veuillez joindre vos reçus à ce formulaire. Si « Non », veuillez indiquer le total approximatif des dépenses que vous avez engagées : \_\_\_\_\_ \$

Le montant maximal pouvant faire l'objet d'un remboursement à l'égard des dépenses remboursables qui ne sont pas étayées par des est de 750 \$.

## Section J : Déclaration

Je déclare solennellement ce qui suit :

Le requérant s'est vu implanter au Canada un ou plusieurs implants du système de resurfaçage fémoral M2a 38, M2a Magnum ou ReCap, ou toute combinaison de ces derniers, et utilisé comme système d'implant de hanche métal sur métal (le « dispositif Biomet »). Le requérant souhaite faire une demande de dédommagement dans le cadre de ce recours collectif.

Vous trouverez ci-joint des copies des rapports d'implantation et de chirurgie corrective (le cas échéant), des dossiers médicaux et de la documentation qui comprennent le numéro de catalogue et de lot du ou des dispositifs Biomet du requérant. Tous les rapports chirurgicaux complets, les dossiers médicaux et la documentation ont été soumis. Si les renseignements n'ont pas été soumis, c'est parce qu'ils ne sont pas disponibles ou qu'ils sont en la possession, sous la garde ou le contrôle du requérant et qu'ils ne peuvent pas être obtenus auprès de l'hôpital ou du médecin où le traitement a eu lieu.

Si je ne soumet pas de copies des étiquettes autocollantes du ou des dispositifs Biomet du requérant comme identification du produit, c'est parce que l'hôpital où la chirurgie d'implantation du requérant a eu lieu ne pouvait pas me fournir les étiquettes parce qu'elles ne se trouvent pas dans les dossiers médicaux de l'hôpital du requérant.

Si je ne soumet pas de photographie du ou des dispositifs Biomet du requérant au lieu des étiquettes autocollantes du ou des dispositifs Biomet du requérant, c'est que je ne peux pas soumettre de photographie parce que le ou les dispositifs Biomet du requérant ne sont pas sous la responsabilité du requérant ou dans ma possession, sous ma garde ou mon contrôle.

**Je fais cette déclaration en la croyant vraie et en sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle avait été faite sous serment.**

---

Signature du requérant ou de son représentant

---

Date (jj/mm/aaaa)

**Remarque : Toutes les pages de la présente déclaration et les pièces justificatives doivent être soumises à l'administrateur des réclamations au plus tard à la date limite de soumission applicable.**