Biomet Hip Device Class Action
c/o Verita Global
P.O. Box 3355
London, ON N6A 4K3

**ACTION COLLECTIVE CANADIENNE CONCERNANT LES PROTHÈSES M2A 38, M2A
MAGNUM ET LE SYSTÈME DE RESURFAÇAGE FÉMORAL ReCAP DE BIOMET**
FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DU PROTOCOLE DE RÉCLAMATIONS SPÉCIALES

Ce formulaire doit être complété et renvoyé à l'Administrateur des réclamations par dépôt électronique, courriel, courrier ou en personne au plus tard :

- 1) Si le réclamant est un **Réclamant pour les ions métalliques**, le 26 janvier 2026
- 2) Si le réclamant est un **Réclamant ayant subi une chirurgie d'implantation tardive**, dans les 90 jours suivant la chirurgie de révision du réclamant
- 3) Si le réclamant est un **Réclamant entre 12-16 ans**, dans les 90 jours suivant la chirurgie de révision du demandeur, et au plus tard le 31 mars 2031

Je présente une demande d'indemnisation, soit moi-même, soit par l'intermédiaire d'un avocat:

- en tant que réclamant ayant reçu l'un des systèmes de resurfaçage fémoral M2a 38, M2a Magnum ou ReCap, ou toute combinaison de ceux-ci, implantés au Canada et utilisés comme système de prothèse de hanche métal sur métal (« **Dispositif Biomet** »).
- en tant que représentant d'un réclamant (une personne qui est le représentant personnel d'un réclamant décédé ou frappé d'une incapacité juridique).

Un réclamant qui fait une réclamation en tant que membre du groupe **Non révisé** en vertu de l'**Entente de règlement** peut également faire une réclamation en vertu du **Protocole de réclamations spéciales** en tant que **Réclamant pour les ions métalliques**, mais ne peut pas également faire une réclamation en tant que **Réclamant ayant subi une chirurgie d'implantation tardive** ou en tant que **Réclamant entre 12-16 ans**.

- J'ai soumis ou je soumettrai une réclamation en vertu de l'**Entente de règlement** en tant que membre du groupe **Non révisé**.

Pour plus d'informations sur ces modalités, veuillez-vous référer au **Protocole de réclamations spéciales**, disponible en ligne à l'adresse www.reglementdispositifsbiomet.com. Vous pouvez obtenir de l'aide pour une réclamation au titre du **Protocole de réclamations spéciales** auprès de l'un des cabinets d'avocats impliqués dans l'action collective en contactant l'un d'entre eux à l'aide des informations figurant à la fin de ce formulaire.

Section A : Renseignements sur le réclamant

Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Genre : 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 réclamant a-t-elle changé depuis que le réclamant s'est fait implanter un Dispositif Biomet?

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez entrer l'autre ou les autres provinces de résidence du réclamant et son Numéro d'assurance-maladie dans cette ou ces provinces :

Section B : Représentant personnel

Remplissez-vous ce formulaire en tant que personne ayant la capacité juridique d'agir au nom du réclamant (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 de décès du réclamant (le cas échéant) (jj/mm/aaaa)

Numéro de téléphone de jour

Numéro de téléphone cellulaire

Relation avec le réclamant :

Veillez joindre les documents qui vous accordent la capacité juridique d'agir au nom du réclamant au présent formulaire (c.-à-d. procuration, testament, lettres d'administration, etc.). Si le réclamant est décédé, veuillez également joindre une copie du certificat de décès du réclamant au présent formulaire.

Procuration

Certificat d'incapacité

Lettre d'administration

Testament

Certificat de décès

Lettre d'homologation

Autre. Veuillez expliquer _____

Si vous avez déjà soumis une Déclaration du demandeur dans le cadre de cette Entente de règlement avec les autocollants d'identification et le ou les rapports chirurgicaux, vous n'avez pas besoin de les soumettre à nouveau.

J'ai soumis une réclamation en vertu de l'**Entente de règlement** et j'ai joint les autocollants d'identification et le ou les rapports chirurgicaux.

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

Nom de famille de l'avocat

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 le présent Formulaire de réclamation.

Si vous avez déjà soumis une Déclaration du demandeur dans le cadre de cette Entente de règlement avec les autocollants d'identification et le ou les rapports chirurgicaux, vous n'avez pas besoin de les soumettre à nouveau.

J'ai soumis une réclamation en vertu de l'**Entente de règlement** et j'ai joint les autocollants d'identification et le ou les rapports chirurgicaux.

Section E : Renseignements sur la chirurgie de révision

Le réclamant a-t-il subi une ou des chirurgies de révision pour retirer le ou les dispositifs Biomet?

Oui Non

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

Emplacement de la chirurgie de révision : Côté droit Côté gauche Bilatéral

Date de la chirurgie de révision liée à la prothèse (Côté droit) _____

(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Date de la chirurgie de révision liée à la prothèse (Côté gauche) _____

(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Section F : Réclamation pour ions métalliques

Pour être admissible à une indemnisation en tant que **Réclamant pour des ions métalliques**, le réclamant doit être **Non révisé** (il ne doit pas avoir subi de chirurgie de révision).

Un **Réclamant pour les ions métalliques** doit fournir des dossiers médicaux datés d'au moins 180 jours après sa Chirurgie d'implantation avec des résultats de tests sanguins indiquant des niveaux de cobalt ou de chrome qui dépassent l'un des seuils suivants :

	Serum ($\mu\text{g/L}$)	Serum (nmol/L)	Sang total ($\mu\text{g/L}$)	Sang total (nmol/L)
Cobalt	10 $\mu\text{g/L}$	169.5 nmol/L	9.14 $\mu\text{g/L}$	154.9 nmol/L
Chromium	10 $\mu\text{g/L}$	192.3 nmol/L	5.94 $\mu\text{g/L}$	114.2 nmol/L

Veillez joindre à ce formulaire de réclamation des copies des dossiers médicaux du réclamant, y compris les résultats des tests sanguins.

Section G: Complications après la chirurgie de révision

La ou les chirurgies de révision subies par le réclamant 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 de révision

(chirurgie pour retirer une prothèse de remplacement de la hanche qui avait été implantée dans le cadre d'une chirurgie de révision parce que le dispositif de remplacement de la hanche était défectueux)

Troisième chirurgie de révision

(chirurgie pour retirer une prothèse de remplacement de la hanche qui avait été implantée dans le cadre d'une deuxième chirurgie de révision parce que le dispositif de remplacement de la hanche était défectueux)

Infection (toute infection dans la hanche révisée diagnostiquée dans les 30 jours suivant une chirurgie de révision et dont la cause établie est la chirurgie de révision)

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

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

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

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

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

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 de révision 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 de révision résultant de la chirurgie de révision)

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

Pour faire une réclamation pour complication(s) après une chirurgie de révision (SAUF pour une réclamation de perte de salaire), vous devez soumettre ce qui suit avec le présent 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 de révision, supérieure à 20 % du revenu brut total du réclamant pour les deux années de gains les plus élevés au cours des quatre années précédant la chirurgie de révision. 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 de révision, c'est-à-dire talons de paie, lettres d'offre d'emploi et documents semblables.**

Section H : Déclaration

Je déclare solennellement ce qui suit :

Le réclamant s'est fait implanter au Canada une ou plusieurs prothèses M2a 38, M2a Magnum ou un système de resurfaçage fémoral ReCap, ou toute combinaison de ces derniers, utilisé comme système de prothèse de hanche métal sur métal (le « **Dispositif Biomet** »). Le réclamant souhaite faire une demande de dédommagement dans le cadre de la présente action collective.

Ci-joint, des copies des rapports d'implantation et de chirurgie de révision (le cas échéant), des rapports chirurgicaux, des dossiers médicaux et de la documentation du réclamant qui comprennent les numéros de catalogue et de lot du ou des Dispositifs Biomet du réclamant. 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 ne sont pas en la possession, sous la garde ou le contrôle du réclamant et qu'ils ne peuvent pas être obtenus de l'hôpital ou du médecin auprès desquels le traitement a eu lieu.

Si je ne soumet pas de copies des étiquettes autocollantes du ou des Dispositifs Biomet du réclamant comme identification du produit, c'est parce que l'hôpital où la chirurgie d'implantation du réclamant 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 réclamant.

Si je ne soumet pas de photographie du ou des Dispositifs Biomet du réclamant au lieu des étiquettes autocollantes du ou des Dispositifs Biomet du réclamant, c'est que je ne peux pas soumettre de photographie parce que le ou les Dispositifs Biomet du réclamant ne sont pas en la possession, sous la garde ou le contrôle du réclamant ou de moi-même.

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

Signature du réclamant ou de son représentant

Date

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.

Vous pouvez obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de réclamation en contactant l'un des cabinets d'avocats impliqués dans l'action collective :

<p>KOSKIE MINSKY LLP Barristers and Solicitors 20, rue Queen Ouest, Bureau 900 C.P. 52, Toronto, Ontario, M5H 3R3</p> <p>Jonathan Ptak Jamie Shilton</p> <p>Tél. : 1-855-595-2629 Courriel : biometclassaction@kmlaw.ca</p>	<p>KLEIN LAWYERS 100, rue King Ouest, Bureau 5600 Toronto, Ontario, M5X 1C9</p> <p>Brent D. Ryan Tél. : 604-714-6154 Courriel : bryan@callkleinlawyers.com</p>
<p>WHELTON HIUTIN LLP Barristers and Solicitors 15, rue Toronto, Bureau 200 Toronto, Ontario, M5C 2E3</p> <p>J. Daniel McConville</p> <p>Tél. : 416-599-7900 Courriel : dmconville@whlawyers.ca</p>	<p>SYLVESTRE PAINCHAUD ET ASSOCIÉS 740, avenue Atwater Montréal, Québec, H4C 2G9</p> <p>Normand Painchaud Sophie Estienne</p> <p>Tél. : 514-937-2881 Courriel : biomet@spavocats.ca</p>