

**Premarin®/Prempus® Hormone Therapy
Canadian Class Action Settlement Agreement**

Exhibit B: Distribution Protocol, in English and in French

**Premarin®/Prempus® Hormone Therapy
Canadian Class Action Settlement Agreement**

Exhibit 2: Distribution Protocol

TABLE OF CONTENTS

Section I: Definitions	1
Section II: Deadline for Claims	2
Section III: Supporting Medical Evidence	3
Section IV: Processing Claims	4
Section V: Membership Eligibility	4
Section VI: Threshold Eligibility for Group A Claimants	5
Section VII: Threshold Eligibility for Group B Claimants	5
Section VIII: Points Allocation System	6
(A) For Group A Claimants	6
(B) For Group B Claimants	7
Section IX: Factors Not Affecting Eligibility and Points Allocations	9
Section X: Determination of Point Value	9
Section XI: Public Health Insurers	10
Section XII: Appeals	10
Section XIII: Deductions from Approved Awards	11
Section XIV: Distribution of Funds	11
Section XV: Reporting	12
Section XVI: Remaining Amounts	13

Section I: Definitions

1. Unless otherwise indicated, capitalized words not otherwise defined herein have the same meaning ascribed to them in the Settlement Agreement.
2. In addition to the definitions enumerated in the Settlement Agreement, the following definitions apply in this Distribution Protocol:
 - (a) **“Appeals Reserve Fund”** means the pool of funds set aside by the Claims Administrator to pay eligible claims under appeal when the Compensation Fund is distributed. The Claims Administrator shall, in its discretion, determine the size of the Appeal Reserve Fund having reference to the number of outstanding appeals at the time of a distribution, and the likely values of those outstanding appeals if successful;
 - (b) **“Approved Award”** means the amount of compensation payable to a Claimant as determined by the Claims Administrator using the Points Allocation System;
 - (c) **“Approved Claimant”** is a Claimant who has been successful in obtaining points under the Points Allocation System;
 - (d) **“Claims Form”** means a form developed by the Claims Administrator and approved by Class Counsel and the Defendants;
 - (e) **“Generics”** means interchangeable versions of conjugated estrogens that are available in Canada and may have been substituted for a prescription of one of the Drugs as a result of provincial interchangeability requirements;
 - (f) **“Group A Claimants”** are Claimants who were not class members in the *Stanway* Proceedings because they did not “opt in” to the *Stanway* Proceedings, but who otherwise meet the *Stanway* Proceedings threshold eligibility criteria (as described in Section VI below);
 - (g) **“Group B Claimants”** are Claimants who were not class members in the *Stanway* Proceedings because they only began using the Drugs on or after December 2, 2003 (as described in Section VII below);
 - (h) **“Health Care Provider Declaration”** means a signed statement from a treating medical professional of the Claimant, as developed by the Claims Administrator and approved by Class Counsel and the Defendants;
 - (i) **“Membership Eligibility”** means criteria for determining the Claimant's eligibility for compensation as set out in Section V below;

- (j) **“Points Allocation”** means the number of points awarded to a Claimant pursuant to the Points Allocation System provided for in this Distribution Protocol;
- (k) **“Points Allocation System”** means the method of determining the number of points assigned to a Claimant to determine the compensation to be awarded for that Claim as described in this Distribution Protocol;
- (l) **“Pro Rata”** means a proportional division of the Compensation Fund based on the Claimant’s entitlement as provided for through the Points Allocation System;
- (m) **“Public Health Insurer Compensation”** “Public Health Insurer Compensation” is the amount to be paid to a Public Health Insurer in respect of an Approved Claimant, and is the amount of \$5,000.00 in respect of a Group A Claimant and the amount of \$500.00 in respect of a Group B Claimant”;
- (n) **“Threshold Eligibility”** means criteria for determining the Claimant’s eligibility as for compensation as set out in Section VI below for Group A Claimants and Section VII below for Group B Claimants.

Section II: Deadline for Claims

3. Claimants may make a Claim by delivering a completed Claim Form with all supporting documentation to the Claims Administrator prior to the Claims Deadline.
4. If a Class Member does not deliver a Claim Form prior to the Claims Deadline, the Claimant shall not be entitled to any compensation.
5. Mailed or couriered Claim Forms received after the Claims Deadline but post marked or deposited with the courier on or before the Claims Deadline will be deemed received on the post marked date or the date deposited with the courier. E-mailed or faxed Claim Forms will be deemed received on the date received by the Claims Administrator.
6. A Claimant shall not submit more than one Claim Form. In particular, a Claimant shall submit one Claim Form that comprises all claims he or she may have. If more than one Claim Form is submitted, the Claims Administrator will treat them as one Claim Form.
7. If, for any reason, a living Class Member is unable to complete the Claim Form then it may be completed by the Class Member’s personal representative.
8. It is the responsibility of the Claimant to provide sufficient medical evidence to support her Claim. The Claimant may wish to hire a lawyer or other professional of

her own choosing to assist with this process. Any fees or charges incurred by the Claimant with respect to filing her own Claim are the responsibility of the Claimant.

Section III: Supporting Medical Evidence

9. To establish prescription and ingestion of the Drugs, the Claimant must provide either prescription records, medical records, hospital records, clinical records, pharmacy records, receipts, insurance records, physical evidence, including left-over pill bottle, or other evidence or documentation obtainable by the Claimant which shows that the Drugs were purchased by or for the Claimant in Canada, or that the Drugs were prescribed to the Claimant in Canada.
10. A statement by the Claimant that they used the Drugs is insufficient to establish ingestion or prescription of the Drugs in Canada by the Claimant without some further corroborative evidence of a contemporaneous nature.
11. Evidence of prescription or purchase of the Drugs will also be taken as evidence of ingestion of the Drugs.
12. Where supporting medical documents reference only “HT” or “HRT” or “hormone therapy” or other non-specific terms, and there is no indication in that document or any of the other supporting medical evidence to determine whether this reference was to the Drugs or to Generics, this is insufficient evidence of ingestion or prescription of the Drugs, unless the Claimant provides:
 - (a) supporting medical evidence that shows at least one other reference to prescription or ingestion of the Drugs at another time; or
 - (b) a Health Care Provider Declaration which confirms that the reference to “HT” or “HRT” or “hormone therapy” or other non-specific terms is reference to the Drugs.
13. For greater certainty, this settlement is designed to compensate for the use of the Drugs and not Generics.
14. To establish a diagnosis of breast cancer, as well as the date of its diagnosis, the nature of the breast cancer, whether it is hormone positive or negative, and its medical treatment, the Claimant must provide supporting medical documentation, which may include medical records, clinical records, hospital records, pathology records, laboratory records, Cancer Society records, and similar records. In lieu of such records, the Claimant may also provide a Health Care Provider Declaration confirming the diagnosis, treatment and nature of the breast cancer.

Section IV: Processing Claims

15. The claims process is intended to be expeditious, cost effective and “user friendly” and to minimize the burden on each Claimant. The Claims Administrator shall, absent reasonable grounds to the contrary, assume the Claimant to be acting honestly and in good faith.
16. Where a Claim Form contains minor omissions or errors, the Claims Administrator shall correct such omissions or errors if the information to correct the error or omission is readily available to the Claims Administrator.
17. The Claims Administrator may make inquiries of a Claimant or request that the Claimant provide additional documentation in the event of any concerns, ambiguities or inconsistencies in the Claim. If a Claimant has a lawyer, all inquiries or requests will be sent to the lawyer. If the Claims Administrator does not receive the additional information requested or follow-up answers to incomplete forms from a Claimant within 90 days after advising the Claimant of the Claim deficiency, the Claim shall be assessed on the basis of the material provided by the Claimant.
18. The Claims Administrator shall make best efforts to adjudicate a Claim and render a decision as to the Claimant’s eligibility and Point Allocation within 60 days of receipt of a Claim.
19. The Claims Administrator shall provide its decision in writing by way of a letter or email to the Claimant. If a Claimant has a lawyer, the decision will be sent to the lawyer.

Section V: Membership Eligibility

20. The Claims Administrator shall review each Claim Form and verify that the individual is a Class Member, and if a person is acting on their behalf, that person has the legal authority to do so. To be eligible for compensation, the Claimant must satisfy the Claims Administrator as to Membership Eligibility.
21. An individual filing a Claim must establish that:
 - (a) they were not a resident of British Columbia as of August 25, 2014, or if they were a resident of British Columbia as of August 25, 2014, they did not take the Drugs until after December 2, 2003;
 - (b) if they were a resident of Canada outside of British Columbia as of August 25, 2014, they did not *opt in* to the *Stanway* Proceedings;
 - (c) they were prescribed the Drugs in Canada; and
 - (d) they were subsequently diagnosed with breast cancer.

22. For clarity, a Claimant who was a Stanway Proceeding Class Member or *opted in* to the *Stanway* Proceedings **does not** meet the Membership Eligibility criteria even if, having opted in, they ultimately received no compensation through the *Stanway* Proceedings settlement.

Section VI: Threshold Eligibility for Group A Claimants

23. To be eligible for compensation, a Group A Claimant must, in addition to meeting the Membership Eligibility criteria above, also provide medical records satisfactory to the Claims Administrator which establish all of the following criteria:
- (a) At least two years use of the Drugs pursuant to a prescription, with such use commencing between January 1, 1977 and December 1, 2003 (inclusive);
 - (b) A diagnosis of hormone positive breast cancer after the first use of the Drugs and within three years of last ingestion of the Drugs;
 - (c) The Claimant must have stopped taking the Drugs on or before January 1, 2005, at the latest;
 - (d) If the Claimant is an estate representative, then the deceased person to whom the Claim relates must have been alive as of July 7, 2002, or later; and
 - (e) The Claimant's breast cancer diagnosis cannot be later than January 1, 2008.
24. Individuals who have filed a Claim as a Group A Claimant but who do not satisfy the Membership Eligibility and Threshold Eligibility for Group A Claimants requirements are not entitled to compensation.

Section VII: Threshold Eligibility for Group B Claimants

25. To be eligible for compensation, a Group B Claimant must, in addition to meeting the Membership Eligibility criteria above, also provide medical records satisfactory to the Claims Administrator which establish each of the following:
- (a) At least two years use of the Drugs pursuant to a prescription, with such use commencing between December 2, 2003 and December 31, 2006 (inclusive);
 - (b) A diagnosis of hormone positive breast cancer after the first use of the Drugs and within five years of last ingestion of the Drugs;
 - (c) The Claimant must have stopped taking the Drugs on or before April 1, 2011;

- (d) If the Claimant is an estate representative, then the deceased person to whom the Claim relates must have been alive as of August 10, 2008 or later; and
 - (e) The Claimant's breast cancer diagnosis cannot be later than May 1, 2011.
26. Individuals who have filed a Claim as a Group B Claimant but who do not satisfy the Membership Eligibility and Threshold Eligibility for Group B Claimants requirements are not entitled to compensation.

Section VIII: Points Allocation System

(A) For Group A Claimants

27. If a Claimant meets the conditions establishing her Membership Eligibility and her Threshold Eligibility as a Group A Claimant, then the Claims Administrator shall allocate points to the Claimant pursuant to the Points Allocation System described in the following paragraphs.
- (i) Duration of Exposure and Timing of Injury
28. Claimants shall receive points in accordance with Table 1 below with respect duration of exposure to the Drugs and timing of subsequent diagnosis of hormone positive breast cancer.

Table 1: Points Awarded for Duration of Exposure and Timing of Injury (Group A Claimants)

Category	Duration of Exposure to the Drugs	Timing of Subsequent Diagnosis of Hormone Positive Breast Cancer	Points
A	5 years or more	Within 1 year of last use of the Drugs	100
B	5 years or more	More than 1 year, but less than 3 years from last use of the Drugs	50
C	More than 2 years, but less than 5 years	Within 1 year of last use of the Drugs	50
D	More than 2 years, but less than 5 years	More than 1 year, but less than 3 years from last use of the Drugs	20

- (ii) Severity of Injury
29. Claimants scoring 50 or more points on Table 1 (above) are entitled to the following additional points with respect to the treatment and severity of their breast cancer:

Table 2: Points Awarded for Severity of Injury (Group A Claimants)

Procedure or Circumstance	Points
Confirmed metastasis of breast cancer	100
Positive lymph nodes (> 3 positive nodes)	50
Double mastectomy	50
Single mastectomy	25
Positive lymph nodes (1-3 positive nodes)	25
Radiation	10
Chemotherapy	10

(iii) Use of Drugs After 2003 Warning

30. Group A Claimants who continued taking the Drugs on or after January 1, 2004, shall have their points score reduced by 25%.
31. Group A Claimants who continued taking the Drugs on or after July 1, 2004, shall have their points score reduced by 50%.

(B) For Group B Claimants

32. If a Claimant meets the conditions establishing her Membership Eligibility and her Threshold Eligibility as a Group B Claimant, then the Claims Administrator shall allocate points to the Claimant pursuant to the Points Allocation System described in the following paragraphs.

(i) Duration of Exposure and Timing of Injury

33. Claimants shall receive points in accordance with Table 3 (below) with respect duration of exposure to the Drugs and timing of subsequent diagnosis of hormone positive breast cancer.

Table 3: Points Awarded for Duration of Exposure and Timing of Injury (Group B Claimants)

Category	Duration of Exposure to the Drugs	Timing of Subsequent Diagnosis of Hormone Positive Breast Cancer	Points
A	5 years or more	Within 1 year of last use of the Drugs	100
B	5 years or more	More than 1 year, but less than 5 years from last use of the Drugs	50

C	More than 2 years, but less than 5 years	Within 1 year of last use of the Drugs	50
D	More than 2 years, but less than 5 years	More than 1 year, but less than 5 years from last use of the Drugs	20

(ii) Severity of Injury

34. Claimants scoring 50 or more points on Table 3 (above) are entitled to the following additional points with respect to the treatment and severity of their breast cancer:

Table 4: Points Awarded for Severity of Injury (Group B Claimants)

Procedure or Circumstance	Points
Confirmed metastasis of breast cancer	100
Positive lymph nodes (> 3 positive nodes)	50
Double mastectomy	50
Single mastectomy	25
Positive lymph nodes (1-3 positive nodes)	25
Radiation	10
Chemotherapy	10

(iii) Use of Drugs After 2003 Warning

35. Where the Claimant continued using the Drugs after July 1, 2004, their points shall be reduced by the following percentages based on the date on which the Claimant ceased use of the Drugs:

Table 5: Point Reductions for Use of Drugs After Black Box Warning (Group B Claimants)

Period during which use of the Drugs was ceased	% Reduction
July 2, 2004 to July 1, 2005	55%
July 2, 2005 to July 1, 2006	60%
July 2, 2006 to July 1, 2007	65%
July 2, 2007 to July 1, 2008	70%
July 2, 2008 to July 1, 2009	75%
July 2, 2009 to July 1, 2010	80%
July 2, 2010 to July 1, 2011	85%

Section IX: Factors Not Affecting Eligibility and Points Allocations

36. A Claimant may still be eligible for compensation despite taking Generics provided that the Claimant can establish that they were prescribed either of the Drugs for a period of at least twelve months. The consumption of Generics shall not factor into the calculations when determining Membership Eligibility, Threshold Eligibility and Points Allocation.
37. A Claimant may still be eligible for compensation despite taking hormone replacement therapy drugs outside of Canada provided that they are a resident of Canada as of the date that they sign their Claim Form, can establish residency as per the criteria above and were a resident of Canada for at least 6 months while using the Drugs. The consumption of such medications, if supplied outside of Canada, shall not factor into the calculations when determining Membership Eligibility, Threshold Eligibility and Points Allocation.

Section X: Determination of Point Value

38. After the Claims Administrator has determined the Points Allocation of the Claims of all Claimants who filed Claims Forms on or before the Claims Deadline, the Claims Administrator shall determine the nominal base value of a “point” based on the remaining money in the Compensation Fund (less the Appeals Reserve Fund) on a *Pro Rata* basis to the Approved Claimants based upon the points allocated under the Point Allocation System.
39. The nominal base value of each point awarded under this Distribution Protocol will depend upon the total number of points awarded to the Approved Claimants, and the amount of money remaining in the Compensation Fund.
40. That is, the nominal base value of each point is determined by dividing the remaining monies in the Compensation Fund by the total number of points awarded to the Approved Claimants.
41. Having determined the nominal base value of each point, the Claims Administrator shall then determine the total value of each Approved Claim (by multiplying the nominal base value by the number of points awarded for that Claimant) and normalize/weigh the awards such that:
 - (a) the average Approved Award among all Group A Approved Awards is at most \$34,935.00; and
 - (b) the average Approved Award among all Group B Approved Awards is at most \$3,493.50.
42. For clarity:

- (a) If prior to weighing, the average Approved Award among all Group A Claimants is less than or equal to \$34,935.00, then no further adjustment is required in respect of Group A. If the average Approved Award is greater than \$34,935 then each award shall be multiplied by a factor calculated as $(\$34,935.00 \div \text{the Group A average})$; and
 - (b) If the average Approved Award among Group B Claimants is less than or equal to \$3,493.50, then no further adjustment is required in respect of Group B. If the average Approved Award is greater than \$3,493.50 each award shall be multiplied by a factor calculated as $(\$3,493.50 \div \text{the Group B average})$.
43. Any amounts remaining in the Compensation Fund after deduction of the Administration Costs, Public Insurer Claims and Initial Class Counsel Fees as approved by the Court, shall be paid to the Defendants. The Appeal Reserve Fund shall be retained for a period of 30 days from the conclusion of the Claims administration process, or any appeals therefrom, following which it shall be paid to the Defendants as appropriate.

Section XI: Public Health Insurers

44. For each Approved Claimant, the Claims Administrator shall deduct the Public Health Insurer Compensation from the Compensation Fund. If doing so for all Approved Claimants would result in a deficiency in the Compensation Fund, all Approved Awards shall be further prorated by a factor sufficient to permit Public Health Insurer Compensation to be paid as intended.
45. The Claims Administrator shall pay monies from the Compensation Fund to the Public Health Insurers in accordance with which Public Health Insurer(s) paid for insured medical services for treatment of breast cancer in relation to each of the Approved Claimants.

Section XII: Appeals

46. A Claimant may appeal the decision of the Claims Administrator within 30 days of issuance of the decision.
47. The Claimant must notify the Claims Administrator and Class Counsel in writing of their intent to appeal the decision.
48. Class Counsel will provide the Defendants with copies of the written notice of appeal and any written submissions which are filed in support of the appeal; however, the Defendants have no right of participation and may not make submissions in respect of an appeal.

49. The appeal will be determined by the Superior Court of Québec as contemplated by art. 600 of the *Code of Civil Procedure* on the basis of written submissions and without an oral hearing.
50. The judgment of the Superior Court of Québec respecting any appeal from the Claims Administrator's decision is final and binding and shall not be subject to any further appeal.
51. Class Counsel will provide the Defendants with copies of all judgments of the Superior Court of Quebec respecting any appeal from the Claim's Administrator's decision.

Section XIII: Deductions from Approved Awards

52. For Approved Claimants in Québec, the Approved Award constitutes a liquidated individual monetary recovery per art. 592 of the *Code of Civil Procedure*, and the Claims Administrator shall deduct and retain from the Approved Award that is paid to each Approved Claimant the amount required to satisfy the levies imposed by the [Act respecting the Fonds d'aide aux actions collectives, CQLR c F-3.2.0.1.1](#), being:
 - (a) 2% from any Approved Award less than \$2,000.00;
 - (b) 5% from any Approved Award of \$2,000.00 to \$4,999.99; and
 - (c) 10% from any Approved Award of \$5,000.00 or more.
53. The Claims Administrator shall deduct and retain from the Approved Award the Individual Contingency Fees, being 20% of the Approved Award plus applicable taxes.

Section XIV: Distribution of Funds

54. Having determined the amounts to be paid to each Approved Claimant, the FAAC (for Approved Claimants from Québec), to each Public Health Insurer, and to Class Counsel (for Individual Contingency Fees), the Claims Administrator shall mail a cheque to each Approved Claimant at the postal address in the Claim Form or as otherwise directed by the Approved Claimant.
55. If the Approved Claimant has a lawyer, the cheque shall be made payable to the law firm "in trust" and sent directly to the lawyer unless otherwise directed by the Approved Claimant's lawyer.
56. The Claims Administrator shall pay all Approved Claimants within 120 days after the Claims Deadline if there are no Claims with deficiencies.

57. If there are claims with deficiencies, the Claims Administrator shall pay all Approved Claimants within 240 days after the Claims Deadline.
58. Claims determined to be eligible following appeal will be paid from the Appeals Reserve Fund.
59. The Claims Administrator shall, after the Approved Awards are distributed to the Approved Claimants:
 - (a) remit the retained FAAC levies for Québec residents to the FAAC; and
 - (b) remit the retained Individual Contingency Fees to Class Counsel.

Section XV: Reporting

60. The Claims Administrator shall provide, on a semi-annual basis and at the conclusion of the administration process, an accounting and report to Class Counsel stating the amounts paid pursuant to the Distribution Protocol and identify at a minimum, all Administration Costs and other amounts paid, the normalization/weighting factors utilized to calculate the payments, any adjustments required to ensure funding availability for the Public Health Insurers; and for each Claimant:
 - (a) the points allocated, the gross amount awarded, and the net amount paid to the Claimant;
 - (b) any amounts retained and paid to the FAAC;
 - (c) any amounts retained in respect of Individual Contingency Fees; and
 - (d) any amounts paid to each of the Public Health Insurers(the “**Administration Report**”)
61. Class Counsel shall deliver each Administration Report to the Defendants’ counsel and provide a copy (on a confidential sealed basis) to the Court.
62. The final Administration Report, anonymized so as to protect the confidentiality of the Claimants’ personal information, shall be filed with the Court as a part of the application to close the proceedings.
63. If, for any reason, an Approved Claimant does not cash a cheque within 6 months after the date of the cheque, the Claimant shall forfeit the right to compensation.

Section XVI: Remaining Amounts

64. If amounts are remaining in the Compensation Fund because of an Approved Claimant not cashing a compensation cheque for 6 months or longer after the date

of issuance of the cheque and all other financial commitments have been met to implement the settlement, the remaining funds shall be returned to the Defendants.

[traduction]

**Entente de règlement visant l'action collective canadienne
relative au traitement hormonal
Premarin^{MD}/Prempus^{MD}**

Pièce 2 : Protocole de distribution

TABLE DES MATIÈRES

Section I : Définitions	1
Section II : Date limite aux fins de soumission des réclamations	2
Section III : Preuves médicales justificatives.....	2
Section IV : Traitement des Réclamations	3
Section V : Admissibilité à l'action collective	4
Section VI : Admissibilité minimale pour les Réclamants du groupe A.....	4
Section VII : Admissibilité minimale pour les Réclamants du groupe B.....	5
Section VIII : Système d'attribution de points	5
A) Pour les Réclamants du groupe A	5
B) Pour les Réclamants du groupe B	6
Section IX : Facteurs n'affectant pas l'admissibilité et l'attribution de points	8
Section X : Détermination de la valeur en points.....	8
Section XI : Assureurs-santé publics.....	9
Section XII : Appels	9
Section XIII : Déductions sur les Montants approuvés	10
Section XIV : Distribution des fonds	10
Section XV : Rapports	11
Section XVI : Montant restant.....	11

Section I : Définitions

1. À moins d'indication contraire, les termes portant une majuscule qui ne sont pas définis dans le présent Protocole de distribution ont le sens qui leur est attribué dans l'Entente de règlement.
2. Outre les définitions énumérées dans l'Entente de règlement, les définitions suivantes s'appliquent au présent Protocole de distribution :
 - a) « **Fonds de réserve dédié aux appels** » désigne l'ensemble des fonds mis de côté par l'Administrateur des réclamations pour payer les réclamations admissibles faisant l'objet d'un appel lorsque le Fonds d'indemnisation est distribué. L'Administrateur des réclamations déterminera, à sa discrétion, la taille du Fonds de réserve dédié aux appels en tenant compte du nombre d'appels en suspens au moment de la distribution et des valeurs probables de ceux-ci s'ils sont accueillis;
 - b) « **Montant approuvé** » désigne le montant de l'indemnisation à payer à un Réclamant, tel que déterminé par l'Administrateur des réclamations en appliquant le Système d'attribution de points;
 - c) « **Réclamant approuvé** » est un Réclamant qui a réussi à obtenir des points selon le Système d'attribution de points;
 - d) « **Formulaire de réclamation** » désigne un formulaire préparé par l'Administrateur des réclamations et approuvé par les Avocats du groupe et les Défenderesses;
 - e) « **Génériques** » désigne les versions interchangeableables d'œstrogènes conjugués qui sont disponibles au Canada et qui auraient pu remplacer la prescription de l'un des Médicaments en raison des exigences provinciales d'interchangeabilité;
 - f) « **Réclamants du groupe A** » désigne les Réclamants qui n'étaient pas membres du groupe de l'Action collective *Stanway* parce qu'ils ne s'étaient pas « inclus » dans celle-ci, mais qui autrement rencontrent les critères d'admissibilité minimale de l'Action collective *Stanway* (tel que décrit dans la section VI ci-après);
 - g) « **Réclamants du groupe B** » désigne les Réclamants qui n'étaient pas membres du groupe de l'Action collective *Stanway* parce qu'ils avaient commencé à utiliser les Médicaments seulement à compter du ou après le 2 décembre 2003 (tel que décrit dans la section VII ci-après);
 - h) « **Déclaration du fournisseur de soins de santé** » désigne une déclaration signée du professionnel de la santé qui traite le Réclamant, telle que déterminée par l'Administrateur des réclamations et approuvée par les Avocats du groupe et les Défenderesses;
 - i) « **Admissibilité à l'action collective** » désigne les critères permettant de déterminer l'admissibilité d'un Réclamant à une indemnisation, telles que décrites dans la section V ci-après;
 - j) « **Attribution de points** » désigne le nombre de points attribués à un Réclamant selon le Système d'attribution de points décrit dans le présent Protocole de distribution;
 - k) « **Système d'attribution de points** » désigne la méthode utilisée pour établir le nombre de points attribués à un Réclamant afin de déterminer l'indemnisation à octroyer pour cette Réclamation, comme décrit dans le présent Protocole de distribution;

- l) « **Prorata** » désigne une division proportionnelle du Fonds d'indemnisation en fonction du droit respectif des Réclamants selon ce qui est prévu par le Système d'attribution de points;
- m) « **Indemnisation des assureurs-santé publics** » désigne le montant à payer à un Assureur-santé public à l'égard d'un Réclamant approuvé, et correspond au montant de 5 000,00 \$ à l'égard d'un réclamation du groupe A et de 500,00 \$ à l'égard d'un réclamation du groupe B;
- n) « **Admissibilité minimale** » désigne les critères permettant de déterminer l'admissibilité d'un Réclamant à une indemnisation, telles que décrites dans la section VI ci-après pour les Réclamants du groupe A et dans la section VII ci-après pour les Réclamants du groupe B.

Section II : Date limite aux fins de soumission des réclamations

- 3. Les Réclamants peuvent faire une Réclamation en faisant parvenir un Formulaire de réclamation complété accompagné de tous les documents justificatifs à l'Administrateur des réclamations avant la Date limite aux fins de soumission des réclamations.
- 4. Si un Membre du groupe ne remet pas un Formulaire de réclamation avant la Date limite aux fins de soumission des réclamations, le Réclamant n'aura droit à aucune indemnisation.
- 5. Les Formulaires de réclamation envoyés par la poste ou par service de messagerie qui sont reçus après la Date limite aux fins de soumission des réclamations, mais dont le cachet de la poste indique la Date limite aux fins de soumission des réclamations ou une date antérieure ou qui ont été déposés auprès du service de messagerie à ou avant la Date limite aux fins de soumission des réclamations seront réputés avoir été reçus à la date indiquée sur le cachet de la poste ou à la date ils ont été déposés auprès du service de messagerie. Les Formulaires de réclamation envoyés par courriel ou télécopieur seront réputés avoir été reçus à la date à laquelle ils ont été reçus par l'Administrateur des réclamations.
- 6. Un Réclamant ne doit pas soumettre plus d'un Formulaire de réclamation. Plus particulièrement, un Réclamant doit soumettre un Formulaire de réclamation qui comprend toutes les réclamations que la personne pourrait avoir. Si plus d'un Formulaire de réclamation est soumis, l'Administrateur des réclamations les traitera comme un seul Formulaire de réclamation.
- 7. Si, pour quelque raison que ce soit, un Membre du groupe vivant est incapable de remplir un Formulaire de réclamation, il peut alors le faire remplir par son représentant personnel.
- 8. Il incombe au Réclamant de fournir les preuves médicales suffisantes pour justifier sa Réclamation. Le Réclamant pourrait souhaiter retenir les services d'un avocat ou d'un autre professionnel de son choix pour l'aider dans ce processus. Les honoraires ou les frais encourus par le Réclamant en lien avec le dépôt de sa propre Réclamation sont à sa charge.

Section III : Preuves médicales justificatives

- 9. Pour faire la preuve de la prescription et de l'ingestion des Médicaments, le Réclamant doit fournir soit les dossiers de prescriptions, les dossiers médicaux, les dossiers des hôpitaux, les dossiers cliniques, les dossiers des pharmacies, les reçus, les dossiers d'assurance, les preuves physiques, notamment une bouteille de pilules restantes, ou toute autre preuve ou documentation pouvant être obtenue par le Réclamant qui démontre que les

Médicaments ont été achetés par ou pour ce dernier au Canada, ou que les Médicaments ont été prescrits au Réclamant au Canada.

10. Une déclaration du Réclamant selon laquelle il a utilisé les Médicaments est insuffisante pour faire la preuve de l'ingestion ou de la prescription des Médicaments au Réclamant au Canada sans une autre preuve contemporaine qui corrobore ce fait.
11. Toute preuve de prescription ou d'achat des Médicaments sera aussi considérée comme une preuve de l'ingestion des Médicaments.
12. Si les documents médicaux justificatifs indiquent uniquement « HT » ou « HRT » ou « hormonothérapie » ou d'autres termes non spécifiques et qu'aucune indication n'apparaît dans ces documents ou toute autre preuve médicale justificative permettant de déterminer si cette indication renvoie aux Médicaments ou aux Génériques, ces documents ne constituent pas une preuve suffisante d'ingestion ou de prescription des Médicaments, sauf si le Réclamant fournit ce qui suit :
 - a) une preuve médicale justificative qui démontre au moins une autre indication de la prescription ou de l'ingestion des Médicaments à un autre moment; ou
 - b) une Déclaration du fournisseur de soins de santé qui confirme que l'indication « HT » ou « HRT » ou « hormonothérapie » ou d'autres termes non spécifiques est une référence aux Médicaments.
13. Pour plus de certitude, la présente Entente de règlement vise à indemniser l'utilisation des Médicaments et non des Génériques.
14. Pour faire la preuve d'un diagnostic de cancer du sein, ainsi que la date de son diagnostic, de la nature du cancer du sein, si ce cancer est hormonodépendant ou non et de son traitement médical, le Réclamant doit fournir de la documentation médicale justificative, qui pourrait inclure des dossiers médicaux, des dossiers cliniques, des dossiers des hôpitaux, des dossiers de pathologie, des dossiers de laboratoire, des dossiers de la Société du cancer et tous autres dossiers semblables. À la place de ces dossiers, le Réclamant pourrait fournir la Déclaration du fournisseur de soins de santé confirmant le diagnostic, le traitement et la nature du cancer du sein.

Section IV : Traitement des Réclamations

15. Le processus de réclamation est destiné à être rapide, économique et « facile à utiliser » et à minimiser le fardeau pour chaque Réclamant. L'Administrateur des réclamations doit présumer, en l'absence de motifs raisonnables à l'effet contraire, que le Réclamant agit honnêtement et de bonne foi.
16. Si un Formulaire de réclamation comporte des omissions ou des erreurs mineures, l'Administrateur des réclamations corrigera ces omissions ou erreurs si l'information nécessaire pour les corriger est facilement accessible à ce dernier.
17. L'Administrateur des réclamations peut poser des questions au Réclamant ou demander que celui-ci fournisse de la documentation supplémentaire en cas de préoccupation, d'ambiguïtés ou d'incohérences dans la Réclamation. Si le Réclamant est représenté par avocat, toutes les questions ou demandes seront envoyées à ce dernier. Si l'Administrateur des réclamations ne reçoit pas de la part du Réclamant la documentation supplémentaire demandée ou les réponses aux questions posées en lien avec les formulaires incomplets dans un délai de 90 jours suivant le moment où le Réclamant a été avisé de la lacune dans la Réclamation, celle-ci sera évaluée en fonction des documents fournis par le Réclamant.

18. L'Administrateur des réclamations fera de son mieux pour statuer sur la Réclamation et rendre une décision sur l'admissibilité du Réclamant et l'Attribution de points dans un délai de 60 jours suivants la réception d'une Réclamation.
19. L'Administrateur des réclamations rendra sa décision par écrit au moyen d'une lettre ou d'un courriel au Réclamant. Si le Réclamant est représenté par avocat, la décision sera envoyée à l'avocat.

Section V : Admissibilité à l'action collective

20. L'Administrateur des réclamations examinera chaque Formulaire de réclamation et vérifiera que l'individu est un Membre du groupe; et si une personne agit au nom de cet individu, que cette personne a l'autorité juridique de le faire. Pour être admissible à une indemnisation, le Réclamant doit démontrer à l'Administrateur des réclamations qu'il satisfait aux critères d'Admissibilité à l'action collective.
21. Une personne déposant une Réclamation doit prouver ce qui suit :
 - a) elle n'était pas une résidente de la Colombie-Britannique en date du 25 août 2014 ou, si elle était résidente de la Colombie-Britannique en date du 25 août 2014, qu'elle a pris les Médicaments qu'après le 2 décembre 2003;
 - b) si elle était résidente du Canada, mais à l'extérieur de la Colombie-Britannique en date du 25 août 2014, qu'elle ne s'était pas incluse dans l'Action collective *Stanway*;
 - c) elle s'est vu prescrire les Médicaments au Canada; et
 - d) elle a par la suite reçu un diagnostic de cancer du sein.
22. Pour plus de certitude, un Réclamant qui était Membre du Groupe de l'action collective *Stanway* ou qui s'est inclus dans l'Action collective *Stanway* **ne rencontre pas** les critères d'Admissibilité à l'action collective même si, malgré son inclusion, il n'a finalement reçu aucune indemnisation dans le cadre du règlement de l'Action collective *Stanway*.

Section VI : Admissibilité minimale pour les Réclamants du groupe A

23. Pour être admissible à une indemnisation, un Réclamant du groupe A doit, en plus de respecter les critères d'Admissibilité à l'action collective ci-dessus, fournir également des dossiers médicaux qui sont satisfaisants selon l'Administrateur des réclamations et qui établissent tous les critères suivants :
 - a) Une utilisation des Médicaments pendant une durée minimale de deux ans aux termes d'une prescription, une telle utilisation doit avoir débuté entre le 1^{er} janvier 1977 et le 1^{er} décembre 2003 (inclusivement);
 - b) Un diagnostic de cancer du sein hormonodépendant après la première utilisation des Médicaments et dans un délai de trois ans suivant la dernière ingestion des Médicaments;
 - c) Le Réclamant doit avoir arrêté de prendre les Médicaments le ou avant le 1^{er} janvier 2005, au plus tard;
 - d) Si un Réclamant est un représentant successoral, la personne décédée visée par la Réclamation doit avoir été en vie en date du 7 juillet 2002 ou après; et
 - e) Le diagnostic de cancer de sein du Réclamant ne peut être postérieur au 1^{er} janvier 2008.

24. Les personnes qui ont déposé une Réclamation à titre de Réclamant du groupe A, mais qui ne respectent pas les critères d'Admissibilité à l'action collective ni les critères d'Admissibilité minimale applicables aux Réclamants du groupe A n'ont droit à aucune indemnisation.

Section VII : Admissibilité minimale pour les Réclamants du groupe B

25. Pour être admissible à une indemnisation, un Réclamant du groupe B doit, en plus de respecter les critères d'Admissibilité à l'action collective ci-dessus, fournir également des dossiers médicaux qui sont satisfaisants selon l'Administrateur des réclamations et qui établissent chacun des critères suivants :
- a) Une utilisation des Médicaments pendant une durée minimale de deux ans aux termes d'une prescription, une telle utilisation doit avoir débuté entre le 2 décembre 2003 et le 31 décembre 2006 (inclusivement);
 - b) Un diagnostic de cancer du sein hormonodépendant après la première utilisation des Médicaments et dans un délai de cinq ans suivant la dernière ingestion des Médicaments;
 - c) Le Réclamant doit avoir arrêté de prendre les Médicaments le ou avant le 1^{er} avril 2011;
 - d) Si un Réclamant est un représentant successoral, la personne décédée visée par la Réclamation doit avoir été en vie en date du 10 août 2008 ou après; et
 - e) Le diagnostic de cancer de sein du Réclamant ne peut être postérieur au 1^{er} mai 2011.
26. Les personnes qui ont déposé une Réclamation à titre de Réclamant du groupe B, mais qui ne respectent pas les critères d'Admissibilité à l'action collective ni les critères d'Admissibilité minimale applicables aux Réclamants du groupe B n'ont droit à aucune indemnisation.

Section VIII : Système d'attribution de points

A) Pour les Réclamants du groupe A

27. Si un Réclamant respecte les conditions établissant son Admissibilité à l'action collective et son Admissibilité minimale à titre de Réclamant du groupe A, l'Administrateur des réclamations lui attribuera alors des points selon le Système d'attribution de points décrit dans les paragraphes suivants.
- i) Durée de l'exposition et moment du préjudice*
28. Les Réclamants recevront des points conformément au Tableau 1 ci-après en lien avec la durée de l'exposition aux Médicaments et le moment du diagnostic subséquent de cancer du sein hormonodépendant.

Entente de règlement visant l'action collective canadienne
relative au traitement hormonal Premarin^{MD}/Premplus^{MD}
Pièce 2 : Protocole de distribution

Tableau 1 : Points attribués pour la durée de l'exposition et le moment du préjudice (Réclamants du groupe A)

Catégorie	Durée de l'exposition aux Médicaments	Moment du diagnostic subséquent de cancer du sein hormonodépendant	Points
A	5 ans ou plus	Dans un délai de 1 an suivant la dernière utilisation des Médicaments	100
B	5 ans ou plus	Dans un délai de plus de 1 an, mais de moins de 3 ans suivant la dernière utilisation des Médicaments	50
C	Plus de 2 ans, mais moins de 5 ans	Dans un délai de 1 an suivant la dernière utilisation des Médicaments	50
D	Plus de 2 ans, mais moins de 5 ans	Dans un délai de plus de 1 an, mais de moins de 3 ans suivant la dernière utilisation des Médicaments	20

ii) Gravité du préjudice

29. Les Réclamants qui obtiennent 50 points ou plus dans le Tableau 1 (ci-dessus) ont droit aux points supplémentaires suivants compte tenu du traitement et de la gravité de leur cancer du sein :

Tableau 2 : Points attribués pour la gravité du préjudice (Réclamants du groupe A)

Procédure ou circonstance	Points
Métastase confirmée de cancer du sein	100
Ganglions lymphatiques positifs (> 3 ganglions positifs)	50
Double mastectomie	50
Mastectomie unilatérale	25
Ganglions lymphatiques positifs (1 à 3 ganglions positifs)	25
Radiothérapie	10
Chimiothérapie	10

iii) Utilisation des Médicaments après l'avertissement de 2003

30. Les Réclamants du groupe A qui ont continué de prendre les Médicaments le ou après le 1^{er} janvier 2004 verront leurs points réduits de 25 %.
31. Les Réclamants du groupe A qui ont continué de prendre les Médicaments le ou après le 1^{er} juillet 2004 verront leurs points réduits de 50 %.

B) Pour les Réclamants du groupe B

32. Si un Réclamant respecte les conditions établissant son Admissibilité à l'action collective et son Admissibilité minimale à titre de Réclamant du groupe B, l'Administrateur des réclamations lui attribuera alors des points selon le Système d'attribution de points décrit dans les paragraphes suivants.

i) Durée de l'exposition et moment du préjudice

33. Les Réclamants recevront des points conformément au Tableau 3 ci-après en lien avec la durée de l'exposition aux Médicaments et le moment du diagnostic subséquent de cancer du sein hormonodépendant.

Tableau 3 : Points attribués pour la durée de l'exposition et le moment du préjudice (Réclamants du groupe B)

Catégorie	Durée de l'exposition aux Médicaments	Moment du diagnostic subséquent de cancer du sein hormonodépendant	Points
A	5 ans ou plus	Dans un délai de 1 an suivant la dernière utilisation des Médicaments	100
B	5 ans ou plus	Dans un délai de plus de 1 an, mais de moins de 3 ans suivant la dernière utilisation des Médicaments	50
C	Plus de 2 ans, mais moins de 5 ans	Dans un délai de 1 an suivant la dernière utilisation des Médicaments	50
D	Plus de 2 ans, mais moins de 5 ans	Dans un délai de plus de 1 an, mais de moins de 3 ans suivant la dernière utilisation des Médicaments	20

ii) Gravité du préjudice

34. Les Réclamants qui obtiennent 50 points ou plus dans le Tableau 3 (ci-dessus) ont droit aux points supplémentaires suivants compte tenu du traitement et de la gravité de leur cancer du sein :

Tableau 4 : Points attribués pour la gravité du préjudice (Réclamants du groupe B)

Procédure ou circonstance	Points
Métastase confirmée de cancer du sein	100
Ganglions lymphatiques positifs (> 3 ganglions positifs)	50
Double mastectomie	50
Mastectomie unilatérale	25
Ganglions lymphatiques positifs (1 à 3 ganglions positifs)	25
Radiothérapie	10
Chimiothérapie	10

iii) Utilisation des Médicaments après l'avertissement de 2003

35. Si le Réclamant a continué d'utiliser les Médicaments après le 1^{er} juillet 2004, ses points seront réduits conformément aux pourcentages qui suivent en fonction de la date à laquelle le Réclamant a cessé d'utiliser les Médicaments :

Entente de règlement visant l'action collective canadienne
relative au traitement hormonal Premarin^{MD}/Premplus^{MD}
Pièce 2 : Protocole de distribution

Tableau 5 : Réductions de points pour l'utilisation des Médicaments après l'avertissement (Réclamants du groupe B)

Période pendant laquelle l'utilisation des Médicaments a cessé	% de réduction
2 juillet 2004 au 1 ^{er} juillet 2005	55 %
2 juillet 2005 au 1 ^{er} juillet 2006	60 %
2 juillet 2006 au 1 ^{er} juillet 2007	65 %
2 juillet 2007 au 1 ^{er} juillet 2008	70 %
2 juillet 2008 au 1 ^{er} juillet 2009	75 %
2 juillet 2009 au 1 ^{er} juillet 2010	80 %
2 juillet 2010 au 1 ^{er} juillet 2011	85 %

Section IX : Facteurs n'affectant pas l'admissibilité et l'attribution de points

36. Un Réclamant peut demeurer admissible à une indemnisation même s'il a pris des Génériques, à la condition que le Réclamant puisse prouver qu'on lui a prescrit l'un des Médicaments pendant une période d'au moins 12 mois. La consommation de Génériques ne sera pas prise en compte dans les calculs visant à déterminer l'Admissibilité à l'action collective, l'Admissibilité minimale et l'Attribution de points.
37. Un Réclamant peut demeurer admissible à une indemnisation même s'il a pris des produits d'hormonothérapie substitutive à l'extérieur du Canada, à la condition qu'il soit un résident du Canada à la date de signature du Formulaire de réclamation, qu'il puisse prouver sa résidence selon les critères mentionnés ci-dessus et qu'il ait été un résident du Canada pendant une période minimale de 6 mois lorsqu'il utilisait les Médicaments. La consommation de ces Médicaments, s'ils ont été fournis à l'extérieur du Canada, ne sera pas prise en compte dans les calculs visant à déterminer l'Admissibilité à l'action collective, l'Admissibilité minimale et l'Attribution de points.

Section X : Détermination de la valeur en points

38. Après que l'Administrateur des réclamations ait déterminé l'Attribution de points accordés aux Réclamations de tous les Réclamants qui ont déposé des Formulaires de réclamation à ou avant la Date limite aux fins de soumission des réclamations, l'Administrateur des réclamations déterminera la valeur de base nominale d'un « point » en fonction du montant d'argent restant dans le Fonds d'indemnisation (moins le Fonds de réserve dédié aux appels) au Prorata des Réclamants approuvés selon le nombre de points attribués basé sur le Système d'attribution de points.
39. La valeur de base nominale de chaque point attribué dans le cadre du présent Protocole de distribution dépendra du nombre total de points attribués aux Réclamants approuvés et du montant d'argent restant dans le Fonds d'indemnisation.
40. C'est-à-dire, la valeur de base nominale de chaque point est déterminée en divisant l'argent restant dans le Fonds d'indemnisation par le nombre total de points attribués aux Réclamants approuvés.
41. Une fois que la valeur de base nominale de chaque point ait été déterminée, l'Administrateur des réclamations déterminera ensuite la valeur totale de chaque Réclamation approuvée (en multipliant la valeur de base nominale par le nombre de points attribués à ce Réclamant) et normalisera/pondérera le montant de façon à ce que :
 - a) le Montant approuvé moyen pour l'ensemble des Montants approuvés du Groupe A soit d'un maximum de 34 935,00 \$; et

- b) le Montant approuvé moyen pour l'ensemble des Montants approuvés du Groupe B soit d'un maximum de 3 493,50 \$.
42. Pour plus de certitude :
- a) Si, avant de procéder à la pondération, le Montant approuvé moyen pour l'ensemble des Réclamants du Groupe A est inférieur ou égal à 34 935,00 \$, aucun autre ajustement n'est alors requis à l'égard du Groupe A. Si le Montant approuvé moyen est supérieur à 34 935,00 \$, chaque montant sera ainsi multiplié par un facteur calculé comme suit ($34\,935,00 \$ \div$ la moyenne du Groupe A); et
- b) Si le Montant approuvé moyen pour l'ensemble des Réclamants du Groupe B est inférieur ou égal à 3 493,50 \$, aucun autre ajustement n'est alors requis à l'égard du Groupe B. Si le Montant approuvé moyen est supérieur à 3 493,50 \$, chaque montant sera ainsi multiplié par un facteur calculé comme suit ($3\,493,50 \$ \div$ la moyenne du Groupe B).
43. Tout montant restant dans le Fonds d'indemnisation après déduction des Frais d'administration, des Réclamations des assureurs-santé publics et des Honoraires initiaux des avocats du groupe approuvés par le Tribunal sera versé aux Défenderesses. Le Fonds de réserve dédié aux appels sera retenu pour une période de 30 jours après la conclusion du processus d'administration des Réclamations ou des appels qui s'y rapportent, à la suite de quoi, il sera versé aux Défenderesses de la façon appropriée.

Section XI : Assureurs-santé publics

44. Pour chaque Réclamant approuvé, l'Administrateur des réclamations déduira l'Indemnisation des assureurs-santé publics du Fonds d'indemnisation. Si une telle déduction pour tous les Réclamants approuvés entraînerait une insuffisance dans le Fonds d'indemnisation, tous les Montants approuvés feront l'objet d'une nouvelle répartition au Prorata selon un facteur suffisant pour permettre le paiement de l'Indemnisation des assureurs-santé publics comme prévu.
45. L'Administrateur des réclamations se servira de l'argent dans le Fonds d'indemnisation pour verser des montants aux Assureurs-santé publics conformément aux montants qu'ils ont payés pour des services médicaux assurés pour le traitement du cancer du sein de chacun des Réclamants approuvés.

Section XII : Appels

46. Un Réclamant peut porter en appel la décision de l'Administrateur des réclamations dans les 30 jours suivant la délivrance de la décision.
47. Le Réclamant doit aviser par écrit l'Administrateur des réclamations et les Avocats du groupe de son intention de porter la décision en appel.
48. Les Avocats du groupe transmettront aux Défenderesses des copies de l'avis d'appel écrit et de tout argument écrit qui sont déposés au soutien de l'appel; cependant, les Défenderesses n'ont pas le droit d'y participer et ne peuvent présenter d'arguments relativement à un appel.
49. L'appel sera décidé par la Cour supérieure du Québec tel que prévu par l'article 600 du *Code de procédure civile* sur la base des arguments écrits et sans la tenue d'une audience.

50. Le jugement de la Cour supérieure du Québec portant sur tout appel de la décision de l'Administrateur des réclamations est définitif et exécutoire et ne pourra faire l'objet d'un autre appel.
51. Les Avocats du groupe transmettront aux Défenderesses des copies de tous les jugements de la Cour supérieure du Québec portant sur un appel de la décision de l'Administrateur des réclamations.

Section XIII : Déductions sur les Montants approuvés

52. Pour les Réclamants approuvés du Québec, le Montant approuvé constitue un remboursement d'une somme d'argent individuel liquidé selon l'article 592 du *Code de procédure civile* et l'Administrateur des réclamations déduira et conservera du Montant approuvé payé à chaque Réclamant approuvé le montant exigé pour régler les sommes à payer imposées par la [Loi sur le fonds d'aide aux actions collectives, RLRQ c F-3.2.0.1.1](#), soit :
 - a) 2 % de tout Montant approuvé de moins de 2 000,00 \$;
 - b) 5 % de tout Montant approuvé de 2 000,00 \$ à 4 999,99 \$; et
 - c) 10% de tout Montant approuvé de 5 000,00 \$ ou plus.
53. L'Administrateur des réclamations déduira et conservera du Montant approuvé les Honoraires conditionnels individuels, soit 20 % du Montant approuvé plus les taxes applicables.

Section XIV : Distribution des fonds

54. Après avoir déterminé les montants à payer à chaque Réclamant approuvé, au FAAC (pour les Réclamants approuvés du Québec), à chaque Assureur-santé public et aux Avocats du groupe (pour les Honoraires conditionnels individuels), l'Administrateur des réclamations enverra par la poste un chèque à chaque Réclamant approuvé à l'adresse postale indiquée sur le Formulaire de réclamation ou suivra les autres directives données par le Réclamant approuvé.
55. Si le Réclamant approuvé est représenté par avocat, le chèque sera libellé à l'ordre du cabinet d'avocats « en fidéicommiss » et envoyé directement à son avocat à moins de directives contraires de l'avocat du Représentant approuvé.
56. L'Administrateur des réclamations paiera tous les Réclamants approuvés dans les 120 jours suivant la Date limite aux fins de soumission des réclamations si aucune Réclamation ne comporte de lacune.
57. Si des Réclamations comportent des lacunes, l'Administrateur des réclamations paiera tous les Réclamants approuvés dans les 240 jours suivant la Date limite aux fins de soumission des réclamations.
58. Les Réclamations qui sont déterminées comme étant admissibles à la suite d'un appel seront payées à partir du Fonds de réserve dédié aux appels.
59. L'Administrateur des réclamations doit, après distribution des Montants approuvés aux Réclamants approuvés :
 - a) remettre au FAAC les sommes retenues pour payer le FAAC pour les résidents du Québec; et
 - b) remettre aux Avocats du groupe les Honoraires conditionnels individuels retenus.

Section XV : Rapports

60. L'Administrateur des réclamations fournira, sur une base semi-annuelle et à la conclusion du processus d'administration, une comptabilisation et un rapport aux Avocats du groupe indiquant les montants payés dans le cadre du Protocole de distribution et qui présente, au minimum, tous les Frais d'administration et les autres montants payés, les facteurs de normalisation/pondération utilisés pour calculer les paiements, les ajustements requis pour assurer la disponibilité de fonds destiné aux Assureurs-santé publics et, pour chaque Réclamant :
- les points attribués, le montant brut attribué et le montant net payé au Réclamant;
 - les montants retenus et payés au FAAC;
 - les montants retenus à titre d'Honoraires conditionnels individuels; et
 - les montants payés à chacun des Assureurs-santé publics
- (le « **Rapport d'administration** »).
61. Les Avocats du groupe remettront chaque Rapport d'administration aux avocats des Défenderesses et en fourniront une copie (sous sceau confidentiel) au Tribunal.
62. Le Rapport d'administration final, anonymisé en vue de protéger la confidentialité des renseignements personnels des Réclamants, sera déposé au Tribunal dans le cadre de la demande de clôture des procédures.
63. Si, pour quelque raison que ce soit, un Réclamant approuvé n'encaisse pas le chèque dans les 6 mois suivant la date du chèque, ce Réclamant renonce à son droit à une indemnisation.

Section XVI : Montant restant

64. S'il reste un montant dans le Fonds d'indemnisation parce qu'un Réclamant approuvé n'a pas encaissé son chèque d'indemnisation 6 mois ou plus après l'émission de celui-ci et que tous les autres engagements financiers ont été remplis pour mettre en œuvre le règlement, les fonds restants seront retournés aux Défenderesses.