

**RÈGLEMENT DU RECOURS COLLECTIF CONCERNANT PREMARIN^{MD} ET
PREPLUS^{MD}**

DÉCLARATION DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

Le présent formulaire n'est pas obligatoire pour toutes les demandes. Lorsque d'autres preuves médicales ne sont pas disponibles, veuillez utiliser le présent formulaire pour demander à votre fournisseur de soins de santé de confirmer les renseignements de votre traitement à l'appui de votre réclamation dans le cadre du règlement du recours collectif canadien concernant les hormonothérapies Premarin^{MD} et Premplus^{MD}. Le présent formulaire peut être utilisé pour prouver :

- 1. Votre diagnostic, traitement et nature de votre diagnostic de cancer du sein (qui peut inclure métastases confirmées du cancer du sein, ganglions lymphatiques positifs, mastectomie, radiothérapie ou chimiothérapie); et/ou*
- 2. Le renvoi à « HT », « HRT » ou « Hormonothérapie » dans vos dossiers signifie les hormonothérapies Premarin^{MD} ou Premplus^{MD}.*

Nom complet du réclamant ou du patient : _____ (ci-après le « **Patient** »)

Date de naissance du réclamant ou du patient (JJ/MM/AAAA) : _____

Je, _____, déclare solennellement avoir traité le Patient et
(Nom du fournisseur de soins de santé)
que les renseignements suivants sont vrais au meilleur de mes connaissances :

DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN

Date du diagnostic du cancer du sein du patient (JJ/MM/AAAA) : _____

Nature du cancer du sein du patient (récepteurs hormonaux positifs ou négatifs) : _____

Traitement du cancer du sein du patient : _____

HORMONOTHÉRAPIE

Le renvoi à « HT », « HRT » et/ou « Hormonothérapie » dans les dossiers du Patient est un renvoi aux hormonothérapies Premarin^{MD} ou Premplus^{MD} (Oui/Non) : _____

Autres commentaires (le cas échéant) : _____

Veuillez inclure plus de pages, au besoin.

En signant ci-dessous, je confirme que les renseignements contenus dans la présente déclaration sont vrais au meilleur de mes connaissances. Je confirme ma compréhension que la présente déclaration doit être utilisée à l'appui de la demande du Patient dans le cadre du règlement du recours collectif concernant Premarin^{MD} et Premplus^{MD} et dans aucun autre but.

Signature
(Fournisseur de soins de santé)

Numéro de permis

Province

Date
(JJ/MM/AAAA)

**RÈGLEMENT DU RECOURS COLLECTIF CONCERNANT PREMARIN^{MD} ET
PREPLUS^{MD}
DÉCLARATION DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ**

Réclamant : Votre déclaration du fournisseur de soins de santé, les preuves à l'appui et le formulaire de réclamation dûment rempli doivent être envoyés à l'administrateur des réclamations ou porter le cachet postal au plus tard le **20 janvier 2025**. Veuillez envoyer votre dossier de réclamation à l'administrateur des réclamations en utilisant l'une des méthodes suivantes :

Courriel
info@PremarinClassActionCanada.ca

Télécopieur
1-866-262-0816

Courrier
Services d'actions collectives Epiq Canada Inc.
À l'attention de : Règlement du recours collectif concernant
Premarin^{MD} et Premplus^{MD}
Case postale 507, succursale B
Ottawa (Ontario) K1P 5P6