

## **FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA MALLINCKRODT PROCEDIMIENTOS DE DISTRIBUCIÓN DE EL FIDEICOMISO DE NAS PI**

Este formulario de prueba de reclamo ("**Formulario de reclamo**") debe ser completado por cada reclamante de NAS PI que busque una adjudicación del Mallinckrodt Opioid NAS del fideicomiso para la Lesiones Personales (el "Fideicomiso de PI ") en un reclamo de NAS PI.<sup>1</sup>

SI NO SE ENVIA ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SEGÚN LO DISPUESTO EN EL TDP DE NAS PI, ES POSIBLE QUE LA RECLAMACIÓN DE NAS PI SE CONSIDERE NO PERMITIDA EN VIRTUD DEL TDP DE NAS PI. **Para que se llegue a tiempo, el Formulario de reclamo debe enviarse a más tardar en la fecha que es de tres años a partir de la Fecha de entrada en vigencia.**<sup>2</sup> Aunque ese es el último Formulario de Reclamo que se puede presentar al Fideicomiso, un Reclamante de NAS PI puede beneficiarse de presentar el Formulario de Reclamo antes, porque el Fideicomiso puede emitir cuotas o distribuciones parciales a Reclamos de NAS Permitidos antes de esa fecha.

### Instrucciones:

Si representa los intereses de un niño de NAS y está tratando de recuperar dinero del fideicomiso de lesiones personales de opioides de Mallinckrodt ("Fideicomiso") a cuenta de la reclamación de NAS PI de ese niño de NAS, debe completar este formulario de reclamo ("Formulario de reclamo") y devolverlo a MNK PI Trust, **P.O. Box 361930, Hoover, Alabama, 35236-1930**. Si no completa el Reclamo de, NO calificará para recibir fondos en nombre del niño que representa.

Si cree que el hijo de NAS que representa tiene varias reclamaciones de NAS PI contra el deudor debido a múltiples lesiones, complete solo un formulario de reclamación. Un Formulario de Reclamación presentado para una Reclamación de NAS PI se considerará un Formulario de Reclamación con respecto a esa Reclamación de NAS PI y también de cualquier Reclamación de NAS PI contra una Persona Exonerada o una Persona Liberada de Accionistas que estén asociadas con esa Reclamación de NAS PI.

Si representa los intereses de más de un Niño NAS, debe presentar un Formulario de reclamación en nombre de cada Niño NAS individual. **NO PUEDE PRESENTAR UN FORMULARIO DE RECLAMO EN NOMBRE DE VARIOS NIÑOS.**

**Siga las instrucciones de cada sección cuidadosamente para asegurarse de que su Formulario de Reclamación se envíe correctamente.** Salvo que se indique lo contrario, a todas las palabras se les dará su significado ordinario de diccionario. El envío de este formulario de reclamación no garantiza que recibirá el pago del fideicomiso de PI. Si recibirá el pago depende de si proporciona las presentaciones requeridas, como se establece en el NAS PI TDP y si su reclamo cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en el NAS PI TDP.

Este Formulario de Reclamación le permite optar por "Optar por no participar" del proceso de liquidación simplificado y acelerado de NAS PI TDP con respecto a cualquier Reclamación de NAS PI contra uno o más de los Deudores, y en su lugar perseguir esa Reclamación de NAS PI en el sistema de responsabilidad civil

---

<sup>1</sup>Los términos en mayúscula utilizados pero no definidos en este documento tienen los significados que se les atribuyen en los Procedimientos de distribución de fideicomisos de NAS de lesiones personales por opioides de Mallinckrodt ("NAS PI TDP") o, si no se definen en ellos, entonces los significados que se les atribuyen en el Plan.

<sup>2</sup> Si un Reclamante de NAS PI marca la casilla en el Formulario de Reclamación que indica su elección para liquidar su Reclamación de NAS PI en el sistema de responsabilidad civil en lugar de bajo los procedimientos de liquidación de estos NAS PI TDP, entonces dicha Reclamación de NAS PI no se liquidará en virtud del presente.

presentando una demanda contra el fideicomiso de PI a su propio costo. Puede litigar en un tribunal solo con respecto a una Reclamación de NAS PI contra uno o más Deudores, y no puede litigar otras Reclamaciones de NAS PI. Si selecciona la opción "Optar por no participar", no será elegible para recibir ninguna distribución bajo los procedimientos de liquidación simplificados del NAS PI TDP. Además, no se le permitirá volver a optar por las disposiciones de liquidación del NAS PI TDP si su demanda no tiene éxito en el sistema de agravio. En otras palabras, si pierde su demanda, no puede regresar a NAS el fiduciario de PI y pedir dinero. Y lo que es más importante, si obtiene una sentencia en un tribunal contra el fideicomiso de PI, esa adjudicación estará sujeta a reducción de conformidad con los procedimientos de "exclusión voluntaria" establecidos en el NAS PI TDP. UN RECLAMANTE PUEDE OPTAR POR NO PARTICIPAR SOLO MARCANDO LA CASILLA "OPTAR POR NO PARTICIPAR" Y PRESENTANDO OPORTUNAMENTE ESTE FORMULARIO DE RECLAMO. NO PRESENTAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMO AL FIDEICOMISO DE PI NO CONSTITUYE OPTAR POR NO LIQUIDAR UN RECLAMO DE NAS PI BAJO EL NAS PI TDP.

Para aquellos que no "optan por no participar": Si su reclamo está permitido por el fideicomiso de PI, su reclamo será liquidado y pagado de acuerdo con las disposiciones del NAS PI TDP. Si su reclamo es rechazado por el fideicomiso de PI, no recibirá una distribución del fideicomiso de PI. Todos los reclamantes cuyas reclamaciones de NAS PI estén permitidas por el fideicomiso de PI recibirán una distribución equitativa del fideicomiso de PI NAS, sujeto a las deducciones descritas en el NAS PI TDP.

Cada Reclamante de NAS PI es responsable de satisfacer cualquier gravamen que las compañías de seguros de salud, las entidades gubernamentales (incluidos Medicare y Medicaid) o cualquier otro tercero puedan tener contra cualquier adjudicación que pueda ser emitido por el fideicomiso de PI. Al enviar este Formulario de reclamación y elegir liquidar su Reclamación en virtud del NAS PI TDP, usted entiende que el fideicomiso de PI puede entrar en un programa de resolución de gravámenes ("LRP") y, si el NAS PI TDP entra en un LRP, se considera que usted acepta la divulgación del LRP y el fideicomiso de PI de la información proporcionada en relación con su Reclamo de NAS PI según lo requerido por el LRP para identificar cualquier gravamen que pueda hacerse valer contra un Premio basado en el PI. Si se identifican gravámenes contra su Premio, el fideicomiso de PI puede reducir su adjudicación en la cantidad requerida para satisfacer el (los) gravamen (s).

**Instrucciones para el envío: Puede enviar este formulario de reclamo completo en línea en [MNKPITRUST.COM](http://MNKPITRUST.COM) o enviándolo por correo a MNK PI Trust, P.O. Box 361930, Hoover, Alabama, 35236-1930**

**PRIMERA PARTE: INFORMACIÓN PERSONAL DEL RECLAMANTE DE NAS PI Y SU REPRESENTANTE**

**(Todos los reclamantes deben completar esta parte)**

**Sección 1.A: Complete la información para el Niño de NAS a Continuación:**

Nombre del niño de NAS: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño NAS: \_\_\_\_\_

Dirección del niño NAS: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño NAS: \_\_\_\_\_

**Sección 1.B: Complete su propia información a continuación:**

Su Nombre: \_\_\_\_\_

Su Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Su Dirección: \_\_\_\_\_

Su número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono: \_\_\_\_\_

Indique si usted es el padre natural,  
tutor legal u otro custodio del niño NAS: \_\_\_\_\_

**SEGUNDA PARTE: "OPTAR POR NO PARTICIPAR" DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIQUIDACIÓN DE NAS PI TDP** (Complete esta parte solo si elige "Optar por no participar" de los procedimientos de liquidación de NAS PI TDP y presenta una demanda para liquidar su reclamo en el sistema de responsabilidad civil. Si elige que su reclamo sea evaluado bajo los procedimientos de liquidación de NAS PI TDP, omita esta Parte Dos).

Si desea renunciar a todos los derechos para que las reclamaciones de NAS PI del reclamante de NAS PI sean liquidadas bajo el NAS PI TDP y, en su lugar, perseguir la reclamación de NAS PI presentando una demanda contra PI Trust en los tribunales a su propio costo, marque la siguiente casilla.

Marque la siguiente casilla **solo si elige** "optar por no participar" **de los procedimientos de liquidación de NAS PI TDP y, en su lugar, presentar su reclamo de NAS PI en un tribunal civil a través del sistema de responsabilidad civil presentando una demanda en el tribunal a su propio costo:**

\_\_\_\_\_ Elijo optar por no participar en los procedimientos de liquidación de NAS PI TDP y perseguir mi reclamo de NAS PI presentando una demanda contra del fideicomiso de PI.

Los titulares de Reclamaciones de NAS PI que elijan "Optar por no participar" del NAS PI TDP deben completar solo las Partes 1, 2 y 5 de este Formulario de reclamación.

**TERCERA PARTE: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO**

**(Si seleccionó "Optar por no participar", omita esta tercera parte.)**

**Sección 3.A:** Esta sección se refiere a los proveedores médicos con licencia que han diagnosticado al niño NAS con cualquier condición médica, física, cognitiva o emocional resultante de su exposición intrauterina a opioides o reemplazo de opioides o medicamentos de tratamiento. Los diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, la condición conocida como síndrome de abstinencia neonatal ("NAS"). Complete y proporcione la siguiente información, si se conoce:

Nombre del proveedor médico con licencia	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Fecha del diagnóstico

**Sección 3.B:** Incluso si no conoce la información buscada en la Sección 3.A., **incluya con su presentación de este Formulario de reclamo Evidencia competente de que un proveedor médico con licencia ha diagnosticado al Reclamante de NAS PI con cualquier condición médica, física, cognitiva o emocional resultante de la exposición intrauterina del Reclamante a opioides o reemplazo de opioides o medicamentos de tratamiento.** Los diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, la condición conocida como síndrome de abstinencia neonatal ("NAS"). El diagnóstico puede ser realizado por cualquier profesional médico, incluyendo específicamente médicos, enfermeras, asistentes médicos, consejeros o terapeutas de salud mental, o profesionales en un centro de rehabilitación. La evidencia puede incluir, entre otras cosas, registros médicos que demuestren que el niño NAS tuvo un diagnóstico de NAS, tratamiento postnatal para los síntomas causados por la exposición a opioides, síntomas de abstinencia postnatal de opioides, calificación médica para NAS o Nows que es positiva o indica exposición fetal a opioides, una prueba toxicológica positiva de la madre biológica o el bebé para opioides o drogas de destete de opioides, o un diagnóstico materno de trastorno por consumo de opioides por parte de la madre biológica.

**Section 3.C.: ¿El niño NAS nació en un centro médico? Si es así:**

Nombre de la instalación donde nació el niño de NAS: \_\_\_\_\_

Ubicación (ciudad y estado) donde nació el niño de NAS: \_\_\_\_\_

**CUARTA PARTE: GRAVÁMENES MÉDICOS**

**(Si seleccionó "Optar por no participar", omita esta cuarta parte).**

**Sección 4.A:** ¿Alguna compañía de seguros pagó por el tratamiento médico para las lesiones relacionadas con opioides de niño de NAS?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

**Sección 4.B:** En los últimos 20 años, ¿el usuario de niño de NAS fue elegible para la cobertura de cualquiera de los siguientes, o alguno de los siguientes realmente pagó sus costos de salud relacionados con los opioides? Responda escribiendo "Sí" o "No" junto al nombre de cada proveedor de seguros y proporcione la información

solicitada sobre cada uno. Si alguna compañía de seguros que proporcionó cobertura al usuario de opioides no está identificada, complete la información de esa compañía en la parte inferior de la tabla.

Tipo de Seguro:	Sí/No	Dirección:	Número de teléfono	Número de póliza (si corresponde)	Titular de la póliza	Fechas de cobertura
Medicare						
Medicaid						
Tricare						
VA						
Champus						
Privado- Enumere los nombres a continuación: _____ _____						

**QUINTA PARTE: FIRMA (Debe completar esta quinta parte independientemente de sus elecciones anteriores)**

**Por favor, rellene y firme esta sección para completar este Formulario de reclamación.**

Nombre del niño NAS: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del niño de NAS (si lo hubiera): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del niño del NAS (si lo hubiera): \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_

Su correo electrónico: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono: \_\_\_\_\_

Incluyo las pruebas solicitadas en la Parte 3.B anterior en mi presentación de este formulario.:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.

Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones hechas y la información proporcionada en este Formulario de reclamo son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del reclamante de NAS PI o de una persona que actúe en nombre del reclamante de NAS PI:

\_\_\_\_\_

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_ Fecha: (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_