

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA MALLINCKRODT PROCEDIMIENTOS DE DISTRIBUCIÓN DE FIDEICOMISO DE PI QUE NON-NAS

Este formulario de prueba de reclamo ("**Formulario de reclamo**") debe ser completado por cada Reclamante de PI que busque una adjudicación del Fideicomiso de Lesiones Personales por Opioides de Mallinckrodt (el " Fideicomiso de PI") en un reclamo de PI que NON-NAS.

SI NO SE PRESENTA ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN CONFORME A LO DISPUESTO EN EL PI TDP PUEDE DAR LUGAR A QUE LA RECLAMACIÓN PI SE CONSIDERE NO RESARCIBLE CON ARREGLO AL PI TDP.

Instrucciones:

Si tiene varias Reclamaciones de PI contra los Deudores debido a lesiones a más de un usuario de opioides, complete un Formulario de reclamación para cada una de esas Reclamaciones de PI. Si tiene múltiples reclamos de PI debido a múltiples lesiones al mismo usuario de opioides, complete solo un Formulario de reclamo. Un formulario de reclamación presentado para una reclamación de PI se considerará un formulario de reclamación con respecto a esa reclamación de PI y también a cualquier reclamación de PI contra una persona eximida o una persona liberada de accionistas que estén asociadas con esa reclamación de PI.

Siga las instrucciones de cada sección cuidadosamente para asegurarse de que su Formulario de reclamo se envíe correctamente. Si alguna sección no pertenece a su reclamo, déjela en blanco. 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 PI TDP y si su reclamo cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en el PI TDP.

Este Formulario de Reclamo le permite optar por "excluirse" del proceso de liquidación simplificado y acelerado de PI TDP con respecto a cualquier Reclamo de PI contra uno o más de los Deudores, y en su lugar perseguir ese Reclamo de PI en el sistema de agravio presentando una demanda contra del Fideicomiso de PI a su propio costo. Puede litigar en un tribunal solo con respecto a una Reclamación de PI contra uno o más Deudores, y no puede litigar otras Reclamaciones de PI. **Si selecciona la opción de "exclusión", no será elegible para recibir un premio basado en las disposiciones de liquidación del TDP. Además, no se le permitirá volver a optar por el PI TDP si su demanda no tiene éxito en el sistema de agravios.** Cualquier sentencia final que obtenga en el sistema de agravios contra del Fideicomiso de PI estará sujeta a reducción de conformidad con los procedimientos de "exclusión voluntaria" establecidos en el PI TDP.

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 lesiones personales NON-NAS ("PI TDP") o, si no se definen en ellos, entonces los significados que se les atribuyen en el Plan. Si elige "Optar por no participar" y litigar su reclamo en el sistema de agravio, del Fideicomiso de PI podrá presentar cualquier defensa disponible para su reclamo, incluidas las defensas basadas en si su reclamo se presentó oportunamente bajo el estatuto de limitaciones aplicable.

Cada Reclamante de 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 Premio que pueda ser emitido por el Fideicomiso de PI. Al enviar este Formulario de reclamo y elegir liquidar su Reclamo bajo el PI TDP, usted entiende que el Fideicomiso de PI puede entrar en un programa de resolución de gravámenes ("LRP") y, si el PI TDP entra en un LRP, se considera que usted acepta la divulgación del LRP y de el Fideicomiso de PI de la información proporcionada en relación con su Reclamo de 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, del Fideicomiso PI puede reducir su Premio en la cantidad requerida para satisfacer el (los) gravamen (s).

Envío del formulario de reclamación: Puede enviar este formulario de reclamación completo en línea en 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 PI
(Todos los reclamantes deben completar esta parte)

Por favor, rellene sólo una de las siguientes secciones (Sección 1.A o 1.B).

- Si tiene una Reclamación de PI derivada de su propio uso de opioides (o si dicho titular está vivo y usted está completando este formulario como su representante), complete la Sección 1.A.
- Si tiene un reclamo de PI debido al uso de opioides por parte de una persona fallecida (o está completando este formulario en nombre de un titular como su representante), complete la Sección 1.B.

Sección 1.A: Si tiene una Reclamación de PI derivada de su propio uso de opioides (o si dicho titular está vivo y está completando este formulario como su representante), entonces el término "Reclamante" en este Formulario de Reclamo se refiere a la persona que usó opioides, ya sea usted o la persona que representa. Por favor, rellene la siguiente información:

Nombre del reclamante: _____

Fecha de nacimiento del reclamante: _____

Dirección del reclamante: _____

Número de Seguro Social del reclamante o Identificación del contribuyente o número de seguro social (Canadá): _____

Nombre del representante (si corresponde): _____

Autoridad legal para el representante (si corresponde): _____
(por ejemplo, Poder legal, tutor legal, curador)

Sección 1.B: Si está presentando un reclamo de PI para una persona fallecida con un reclamo debido al uso de opioides por parte de la persona fallecida, o si está completando este formulario como representante de una persona con un reclamo por el uso de opioides de una persona fallecida, complete la información a continuación:

Nombre de la persona fallecida que usó opioides: _____

Fecha de nacimiento de la persona fallecida que usó opioides: _____

Causa de muerte: _____

Cause of Death: _____

Número de Seguro Social (o identificación fiscal o número de seguro social (Canadá)) de la persona que usó opioides: _____

Nombre del reclamante que presenta la reclamación en nombre de la persona que usó opioides:

Dirección del reclamante: _____

Relación del reclamante con la persona que usó opioides _____
(es decir, padre, hermano, hijo, cónyuge, etc..)

Nombre del Representante (si corresponde): _____

Autoridad legal para el representante (si corresponde): _____
(por ejemplo, Poder Legal, tutor legal, curador)

Si un tribunal lo ha designado como albacea, administrador o representante personal del patrimonio de la persona fallecida, presente la orden judicial para nombrarlo junto con su formulario de reclamación. Si un tribunal no lo ha designado como albacea, administrador o representante personal del patrimonio de la persona fallecida, también ejecute y presente la declaración de herencia correspondiente adjunta.

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

Si desea renunciar a todos los derechos a que sus Reclamaciones de PI se liquiden en virtud del PI TDP y, en su lugar, perseguir su Reclamación de PI presentando una demanda contra PI Trust en los tribunales a su propio costo, marque la siguiente casilla. **Si opta por no participar, no**

será elegible para recibir un Premio de PI Trust basado en los procedimientos de liquidación de TDP.

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

_____ Elijo optar por no participar en los procedimientos de liquidación de PI TDP y perseguir mi reclamo de PI presentando una demanda contra PI Trust.

Los titulares de Reclamaciones de PI que elijan "Optar por no participar" del TDP de PI deben completar solo las Partes 1, 2 y 7 de este Formulario de reclamación.

TERCERA PARTE: MEDICAMENTOS RECETADOS

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

Sección 3: Identifique los opioides calificados que se le recetaron al usuario de opioides que es objeto de esta Reclamación de PI. Incluya evidencia de las recetas al enviar este Formulario de reclamo.

	Fecha de la primera prescripción:	Fecha de la última receta:	Duración del uso (en meses):
Roxicodona <input type="checkbox"/>			
Exalgo <input type="checkbox"/>			
Metadona <input type="checkbox"/>			
Anexsia <input type="checkbox"/>			
Mallinckrodt / SpecGx Genérico (nombre) <input type="checkbox"/>			

CUARTA PARTE: LESIONES POR USUARIOS Y RECLAMANTES DE OPIOIDES

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

ADVERTENCIA: SI NO VERIFICA NINGUNA LESIÓN EN ESTA LISTA QUE NO SEA LA CÁRCEL, SUS RECLAMOS DE PI SERÁN RECHAZADOS Y NO RECIBIRÁ NINGUNA RECUPERACIÓN.

Sección 4: Por favor, marque TODOS los que son aplicables a su reclamación.

ADICCIÓN

TRASTORNO POR CONSUMO DE OPIOIDES
 ABSTINENCIA

SOBREDOSIS

CÁRCEL

REHABILITACIÓN

Ingrese la fecha más temprana de la lesión para cualquier lesión verificada anteriormente:

QUINTA PARTE: ORGANIZACIÓN POR NIVELES Y DESIGNACIÓN DE NIVEL
(Si seleccionó "Optar por no participar", omita esta Parte Cinco).

Sección 5.A: En esta sección, compruebe el nivel que se aplica a su reclamación de PI. SOLO MARQUE UNO. Consulte el PI TDP para obtener definiciones completas y criterios de calificación.

Nivel 1: Puede demostrar el uso de un opiode calificado durante 6 meses o más (no tiene que ser un uso consecutivo).

Nivel 2 Puede demostrar el uso de un opiode calificado por menos de 6 meses y, de lo contrario, no cumple con los criterios del Nivel 1.

Sección 5.B: Si seleccionó el **Nivel 1** anterior, marque la designación que se aplica a su Reclamación de PI. SOLO MARQUE UNO. SI TANTO EL PAGO BASE COMO EL NIVEL A SE APLICAN A USTED, ELIJA EL NIVEL A. Consulte el PI TDP para obtener definiciones completas y criterios de calificación.

Nivel A: Puede demostrar la muerte causada por un opiode (por ejemplo, muerte causada por sobredosis o abstinencia).

Pago Base: Puede demostrar el uso de un opiode calificado durante 6 meses o más.

SEXTA PARTE: GRAVÁMENES MÉDICOS
(Si seleccionó " optar por no participar" omita esta Parte Seis.)

Sección 6.A: ¿Alguna compañía de seguros pagó por el tratamiento médico para las lesiones relacionadas con los opioides que dieron lugar a su reclamo de PI?

Sí: _____

No: _____

Sección 6.B: En los últimos 20 años, ¿el usuario de opioides que es objeto de su reclamo fue elegible para la cobertura de alguno 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)	Policy Holder	Dates of Coverage
Medicare						
Medicaid						
Tricare						
VA						
Champus						
Private - List name(s) below: _____ _____						

PARTE SIETE: FIRMA (Debe completar esta séptima parte independientemente de sus elecciones anteriores)

Este formulario de reclamo debe ser firmado por el lesionado
Parte o representante personal de la parte perjudicada.

Nombre de la persona que firma este formulario: _____
 Correo electrónico de la persona que firma este formulario: _____
 Número de teléfono de la persona que firma este formulario: _____

Incluyo las pruebas solicitadas anteriormente 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 reclamación son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del reclamante de Non-NAS PI (o la firma del representante que completa este formulario para un reclamante de Non-NAS PI)