

HEMA Biologics Patient Assistance Program Application

HEMA Biologics recognizes that some people may not have health insurance and may not be able to pay for SEVENFACT® [coagulation factor VIIa (recombinant)-jncw] on their own. As we want every patient who needs SEVENFACT to have access to it, we have developed the HEMA Biologics Patient Assistance Program (HBPAP), which provides SEVENFACT at no cost to the patient, for those who meet certain eligibility and income criteria.

PATIENT ELIGIBILITY CRITERIA:

- ◆ Must be prescribed SEVENFACT for an indicated condition.
- ◆ Must not have insurance coverage, neither private nor public.
 - Medicare Part D Applicants: If Part D does not allow or pay for any part of your medication, you will be viewed as having no insurance. Being in the donut hole does not qualify.
- ◆ Must be under the care of a licensed Healthcare Provider who is authorized to prescribe, dispense, and administer medicine in the U.S.
- ◆ Must have a total household income at or below 400% of the federal poverty level (FPL).
 - For more information on FPL in your state, please visit the US Department of Health and Human Services website, <https://aspe.hhs.gov/2020-poverty-guidelines>.
- ◆ Must provide documentation of ANNUAL household income. Acceptable forms of documentation include one of the following:
 - Copy of most recently filed Income Tax Return (IRS Form 1040) or W-2
 - Copy of transcript received through submission of IRS 4506-T
 - Copy of most recent Social Security/Disability monthly check, award letter, benefit statement of 1099
 - Copy of Unemployment Determination letter

HEALTHCARE PROVIDER Instructions for completing this application:

- 1 **Complete and sign page 3.**
 - The completed Patient Prescription Information section will be accepted as a legal prescription.
- 2 **Ensure the patient completes and signs page 4.**
- 3 **Include one acceptable form of annual household income documentation as listed in the Patient Eligibility Criteria section above.**
- 4 **Submit the completed application by utilizing one of the following methods:**
 - **MAIL:** HEMA Biologics Cares, 270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017
 - **FAX:** (833) 390-1379

What to expect after submitting the HBPAP application

Applicants will be notified upon the completed review of their applications. If a patient's application is accepted, medication will be mailed directly to the patient's address. Please note, program rules are subject to change without notice. If you have questions or need further assistance, please call (855) 718-4362 between 9:00 AM and 7:00 PM Eastern Standard Time, Monday – Friday.

Aplicación del programa de asistencia al paciente de HEMA Biologics

HEMA Biologics reconoce que algunas personas pueden no tener seguro médico y que es posible que no puedan pagar SEVENFACT® [factor de coagulación VIIa (recombinante)-jncw] por sí mismos. Como queremos que todos los pacientes que necesiten SEVENFACT tengan acceso a él, hemos desarrollado el Programa de asistencia al paciente de HEMA Biologics (HBPAP), que proporciona SEVENFACT sin costo alguno para el paciente, para aquellos que cumplan con ciertos criterios de elegibilidad y de ingresos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE:

- ◆ Debe recetarse SEVENFACT para una afección indicada.
- ◆ No debe tener cobertura de seguro, ni privada ni pública.
 - Solicitantes de Medicare Parte D: Si la Parte D no permite o no paga alguna parte de su medicación, se considerará que no tiene seguro. Estar en el período sin cobertura no cumple los requisitos.
- ◆ Debe estar bajo el cuidado de un proveedor de atención médica autorizado para recetar, dispensar y administrar medicamentos en los EE. UU.
- ◆ Debe tener un ingreso familiar total igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL).
 - Para obtener más información sobre FPL en su estado, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., <https://aspe.hhs.gov/2020-poverty-guidelines>.
- ◆ Debe proporcionar documentación de ingresos familiares ANUALES. Las formas aceptables de documentación incluyen una de las siguientes:
 - Copia de la declaración de impuesto sobre la renta presentada más recientemente (IRS Formulario 1040) o W-2
 - Copia de la transcripción recibida mediante el envío de IRS 4506-T
 - Copia del último cheque mensual de la Seguridad social/discapacidad, carta de concesión, extracto de prestaciones o 1099
 - Copia de la carta de determinación de desempleo

HEALTHCARE PROVIDER Instructions for completing this application:

- 1 **Complete and sign page 3.**
 - The completed Patient Prescription Information section will be accepted as a legal prescription.
- 2 **Ensure the patient completes and signs page 4.**
- 3 **Include one acceptable form of annual household income documentation as listed in the Patient Eligibility Criteria section above.**
- 4 **Submit the completed application by utilizing one of the following methods:**
 - **MAIL:** HEMA Biologics Cares, 270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017
 - **FAX:** (833) 390-1379

¿Qué esperar después de enviar la solicitud de HBPAP?

Se informará a los solicitantes una vez completada la revisión de sus solicitudes. Si se acepta la solicitud de un paciente, el medicamento se enviará directamente a la dirección del paciente. Tenga en cuenta que las reglas del programa están sujetas a cambios sin previo aviso. Si tiene preguntas o necesita más ayuda, llame al (855) 718-4362 entre las 9:00 AM y las 7:00 PM, hora del este de EE. UU., de lunes a viernes.

HEMA Biologics Patient Assistance Program (HB PAP) Application
 270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017
 Phone: (855) 718-4362 / Fax: (833) 390-1379

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER

Prescriber Information

First Name: _____ Last Name: _____ MD PA NP DO
 State License #: _____ Expiration Date: MM / DD / YYYY NPI #: _____
 Facility Name: _____
 Facility Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Office Contact: _____ Email: _____
 Office Phone: _____ Office Fax: _____

SEVENFACT® [coagulation factor VIIa (recombinant)-jncw] Prescription and Dosing Information

Patient Name: _____ Patient DOB: MM / DD / YYYY Weight: _____ kg
 Primary Diagnosis: Hemophilia A or B with Inhibitors Other: _____
 IV Access: Peripheral IV Other _____

SEVENFACT Prescription

Dosing Instructions (select one):

- Mild and Moderate Bleeds:** 75 mcg/kg repeated every 3 hours PRN until hemostasis is achieved.
- Mild and Moderate Bleeds:** Initial dose of 225 mcg/kg. If hemostasis is not achieved within 9 hours, administer additional 75 mcg/kg every 3 hours PRN until achieved.
- Severe Bleeds:** 225 mcg/kg, followed if necessary 6 hours later with 75 mcg/kg every 2 hours PRN until hemostasis is achieved.
- Other: _____

Dispense: _____ dose(s) **75 mcg/kg;** _____ dose(s) **225 mcg/kg;** _____ dose(s) _____ **mcg/kg**

Refills: _____

Heparin 5 mL Flush UAD: 100 units/mL 10 units/mL

Dispense: _____ **Refills:** _____

Sodium Chloride 0.9% 10 mL Flush UAD

Dispense: _____ **Refills:** _____

All necessary ancillary infusion supplies required

Prescriber Declaration

My signature below certifies that the person named on this form is my patient, and I represent that information I have provided about this patient is complete, accurate, and consistent with applicable privacy laws and regulations. I also certify that any medication received from HB PAP is medically necessary for the patient named on this form and will be used only for this patient. I further certify that the dose requested for this patient is appropriate for this patient's medical condition. To the best of my knowledge, this patient has no prescription insurance coverage, including Medicaid, Medicare, or other public or private programs. This medication will not be offered for sale, trade, or barter. I certify that no claim for reimbursement for any medication furnished under the HB PAP will be submitted to the Medicare program, any state Medicaid program, any other healthcare benefit plan, or returned for credit. I understand that HB PAP reserves the right to modify or terminate this program at any time. I understand that HB PAP reserves the right to recall or discontinue product at any time without notice.

**SIGN
HERE**

Prescriber Signature: _____ Date: _____



HEMA Biologics Patient Assistance Program (HB PAP) Application
270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017
Phone: (855) 718-4362 / Fax: (833) 390-1379

TO BE COMPLETED BY PATIENT OR LEGAL REPRESENTATIVE

Patient Information

First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____
 Social Security #: _____ - _____ - _____ Sex: M F DOB: MM / DD / YYYY
 Mailing Address: _____
 City: _____ State: _____ Zip: _____
 Legal Representative (if applicable): _____ Relationship to Patient: _____
 Home Phone: _____ Cell Phone: _____
 Email: _____
 Drug Allergies: _____
 Current Medications: _____

Patient Income Eligibility Information – Attach proof of annual household income (Required)

TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME: \$ _____ (Include all annual income, wages, social security, pension, disability, interest earned on savings, etc.)
 Household Size (number of persons living in the home): _____
 Are you currently enrolled in a Medicare Part D Prescription Drug Plan? Yes No
 Do you have any public or private prescription drug coverage or are you in any benefit program that helps pay for your prescription drugs? Yes No
 Do you have private prescription insurance coverage? Yes No
 Are you currently enrolled in Medicaid? Yes No
 Have you received a final denial from Medicaid, including exhausting all appeals? Yes No
 Are you currently enrolled in a Department of Veterans Affairs (VA) plan? Yes No
 Have you received a final denial from the VA for prescription benefits, including exhausting all appeals? Yes No

Patient Certification

By my signature, I attest that the above information is complete and accurate. I attest that I have insufficient financial resources to pay for the prescribed therapy and that I have no other health insurance coverage for prescription drugs including but not limited to Medicare, Medicaid, employer/retireesponsored coverage, state pharmacy assistance program. I acknowledge and agree not to submit an insurance claim or other claim for payment to any third-party payer (private or government) for the medication. My signature certifies that the medication received from the HEMA Biologics Patient Assistance Program (HB PAP) will not be resold nor offered for sale, trade or barter and will not be returned for credit. Additionally, I agree that at any time during my enrollment, the HB PAP may contact me to request additional documentation to authenticate the statements made on my application. I also agree to notify the HB PAP in the event my health insurance and prescription drug coverages changes at any time during my enrollment. I understand and acknowledge that my eligibility to participate in the HB PAP is subject to the discretion of HEMA Biologics and this program may be changed or discontinued at any time without notice. I understand that product through the HB PAP is provided to me free of charge and I have no obligation to purchase product due to my participation in the HB PAP.

SIGN HERE Patient's Signature (or Legal Representative): _____ Date: _____

Patient Authorization

By my signature I authorize my healthcare provider, my health insurance company, and my pharmacy providers ("Healthcare Entities") to disclose to HEMA Biologics and companies working with HEMA Biologics, which may be branded as HEMA Biologics Cares™ (collectively, "HEMA Biologics"), my contact information, prescription information, health information relating to my medical condition which may also include the identification and/or evaluation of any potential drug interactions and allergies and insurance coverage for HEMA Biologics, as well as sensitive health information, including information related to the treatment of alcohol/drug abuse, HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, mental health, and genetic information. I authorize HEMA Biologics to use and disclose such information for the assessment of my eligibility for and enrollment into HB PAP and administration of HB PAP, which may include contacting my insurer, pharmacist, public funding programs, advocacy organizations, healthcare providers, or other persons or entities HB PAP may deem appropriate to release all medical records or requested information bearing on my eligibility to and benefits under the program. I understand that my pharmacy provider may receive remuneration from HEMA Biologics in exchange for sharing information concerning any services that the pharmacy may provide to me. HEMA Biologics agrees not to disclose any information to any third party except as authorized by me or as required by law. This Authorization expires one (1) year after I cease to participate in the Program, or the maximum period permitted by state law. This Authorization is voluntary, and Healthcare Entities will not condition treatment, payment, eligibility, or enrollment benefits on execution of the Authorization. However, such refusal would cause me to be ineligible to participate in the HB PAP. I may also revoke this Authorization at any time by calling (855) 718-4362 and mailing a written revocation, signed by me or on my behalf, to HEMA Biologics Cares at 270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017. Revocation of this Authorization will end my consent to further disclose health information to HEMA Biologics by my Healthcare Entities after they are notified of my cancellation but will not affect previous disclosures by them pursuant to this Authorization. Revocation of the Authorization would cause me to be ineligible for further participation in the HB PAP. I have a right to receive a copy of this Authorization and may request a copy by calling (855) 718-4362 or mailing a written request to HEMA Biologics Cares at 270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017.

SIGN HERE Patient's Signature (or Legal Representative): _____ Date: _____

HEMA Biologics Patient Assistance Program (HB PAP) Application

270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017

Teléfono: (855) 718-4362 / Fax: (833) 390-1379

PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL

Información del paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

N.º de seguro social: _____ - _____ - _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Alergias al fármaco: _____

Medicamentos actuales: _____

Información sobre los ingresos del paciente - Adjuntar prueba de los ingresos anuales de la unidad familiar (**Obligatorio**)

INGRESOS TOTALES ANUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR: \$ _____

(Incluir todos los ingresos anuales, salarios, seguridad social, pensión, discapacidad, intereses devengados por ahorros, etc.)

Tamaño de la unidad familiar (número de personas que viven en el hogar): _____

¿Actualmente está inscrito en un plan de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare? Sí No¿Tiene alguna cobertura pública o privada de medicamentos con receta o está en algún programa de prestaciones que le ayude a pagar sus medicamentos con receta? Sí No¿Tiene cobertura de un seguro privado para recetas médicas? Sí No¿Está actualmente inscrito en Medicaid? Sí No¿Ha recibido una denegación definitiva de Medicaid, incluido el agotamiento de todos los recursos? Sí No¿Está actualmente inscrito en un plan del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)? Sí No¿Ha recibido una denegación definitiva de la VA para prestaciones por prescripción médica, incluido el agotamiento de todos los recursos? Sí No

Certificación del paciente

Mediante mi firma, doy fe de que la información anterior es completa y precisa. Doy fe de que no dispongo de recursos económicos suficientes para pagar la terapia que se me ha prescrito y de que no tengo ninguna otra cobertura de seguro médico para medicamentos recetados, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, cobertura patrocinada por el empleador/jubilado, programa estatal de asistencia farmacéutica. Reconozco y acepto no presentar ninguna reclamación al seguro ni ninguna otra reclamación de pago a ningún tercero pagador (privado o gubernamental) por la medicación. Mi firma certifica que la medicación recibida del Programa de Asistencia al Paciente de HEMA Biologics (HB PAP) no será revendida ni ofrecida para la venta, el comercio o el trueque y no será devuelta para crédito. Además, acepto que, en cualquier momento durante mi inscripción, el HB PAP pueda ponerse en contacto conmigo para solicitar documentación adicional que autentifique las declaraciones realizadas en mi solicitud. También me comprometo a notificar al HB PAP en caso de que mi seguro médico y mis coberturas de medicamentos recetados cambien en cualquier momento durante mi inscripción. Entiendo y reconozco que mi elegibilidad para participar en el HB PAP está sujeta al criterio de HEMA Biologics y que este programa puede ser modificado o interrumpido en cualquier momento sin previo aviso. Entiendo que el producto a través del HB PAP se me proporciona de forma gratuita y no tengo ninguna obligación de comprar el producto debido a mi participación en el HB PAP.

FIRME AQUÍ Firma del paciente (o representante legal): _____ Fecha: _____

Autorización del paciente

Con mi firma autorizo a mi proveedor de atención médica, a mi compañía de seguros de salud y a mis proveedores de farmacia ("Entidades de Atención Médica") a revelar a HEMA Biologics y a las compañías que trabajan con HEMA Biologics, que pueden llevar la marca HEMA Biologics Cares™ (colectivamente, "HEMA Biologics"), mi información de contacto, información de prescripción, información médica relacionada con mi estado de salud, que también puede incluir la identificación y/o evaluación de cualquier posible interacción con otros medicamentos y alergias y cobertura de seguro para HEMA Biologics, así como información sanitaria sensible, incluida la información relacionada con el tratamiento del abuso de alcohol/drogas, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental e información genética. Autorizo a HEMA Biologics a utilizar y divulgar dicha información para la evaluación de mi elegibilidad e inscripción en HB PAP y la administración de HB PAP, que puede incluir el contacto con mi aseguradora, farmacéutico, programas de financiación pública, organizaciones de defensa, proveedores de atención médica u otras personas o entidades que HB PAP pueda considerar apropiadas para divulgar todos los registros médicos o la información solicitada que tenga relación con mi elegibilidad y beneficios bajo el programa. Entiendo que mi proveedor de farmacia puede recibir remuneración de HEMA Biologics a cambio de compartir información relativa a cualquier servicio que la farmacia pueda prestarme. HEMA Biologics se compromete a no revelar ninguna información a terceros, salvo que yo lo autorice o lo exija la ley. Esta Autorización caduca un (1) año después de que deje de participar en el Programa, o el período máximo permitido por la ley estatal. Esta Autorización es voluntaria, y las Entidades de atención médica no condicionarán el tratamiento, pago, elegibilidad o beneficios de inscripción a la ejecución de la Autorización. Sin embargo, dicha negativa me impediría participar en el HB PAP. También puedo revocar esta Autorización en cualquier momento llamando al (855) 718-4362 y enviando por correo una revocación por escrito, firmada por mí o en mi nombre, a HEMA Biologics Cares a 270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017. La revocación de esta Autorización pondrá fin a mi consentimiento para que mis Entidades de Atención Médica sigan divulgando información médica a HEMA Biologics una vez que se les notifique mi cancelación, pero no afectará a las divulgaciones anteriores que hayan realizado en virtud de esta Autorización. La revocación de la Autorización me inhabilitará para seguir participando en el HB PAP. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización y puedo solicitar una copia llamando al (855) 718-4362 o enviando una solicitud por escrito a HEMA Biologics Cares a 270 Cramer Creek Court, Dublin, OH 43017.

FIRME AQUÍ Firma del paciente (o representante legal): _____ Fecha: _____