



ZEPOSIA
(ozanimod) | 0.92 mg capsules

360 SUPPORT™

Tres pasos
para comenzar
ZEPOSIA



Bienvenido

Es normal tener preguntas al inicio de un tratamiento nuevo. Esta guía fue creada para ayudarle al iniciar el proceso de comenzar ZEPOSIA[®] (ozanimod).



Dentro:
Una lista de cotejo que puede utilizar para asegurarse que esté encaminado para comenzar

 **ZEPOSIA**[®]
(ozanimod) | 0.92 mg
capsules

Siga estos pasos
en línea en
ZEPOSIAESPANOL.com/comenzar

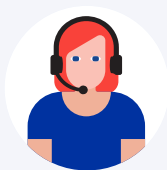


Paso 1:

Conozca a un Coordinador de Apoyo de Apoyo

Una vez le hayan recetado ZEPOSIA® (ozanimod), un Coordinador de Apoyo se comunicará con usted para darle la bienvenida al programa y guiarle en los ofrecimientos de apoyo.

Nuestros Coordinadores de Apoyo pueden:



- Ayudarle a entender los beneficios del plan médico*
- Asistirle para conocer las opciones de apoyo y ahorros disponibles
- Coordinar para que los pacientes elegibles con plan médico comercial reciban ZEPOSIA en caso de retrasos o problemas con la cobertura del plan
- Asistir a pacientes elegibles con plan médico comercial a coordinar las pruebas rutinarias necesarias para comenzar ZEPOSIA

Aplican requisitos de elegibilidad adicionales y términos y condiciones.*†‡

Nuestros Coordinadores de Apoyo están disponibles para ayudar. Comuníquese con ZEPOSIA 360 Support™ al **1-833-ZEPOSIA** (1-833-937-6742), lunes a viernes, 8 AM–8 PM hora del este

Si un Coordinador de Apoyo no le ha llamado, comuníquese con su profesional de la salud para asegurarse de que su Formulario de Inicio fue sometido a ZEPOSIA 360 Support.

*Completar con exactitud la documentación de reembolso o cobertura relacionada es responsabilidad del profesional de la salud y el paciente. Bristol Myers Squibb y sus agentes no garantizan el reembolso de los servicios o artículos.

Paso 2: Pruebas de rutina iniciales para comenzar

Antes de comenzar a tomar ZEPOSIA, se requieren dos pruebas de rutina. Si tiene antecedentes de padecimientos visuales específicas (edema macular o uveítis) o diabetes, puede que también sea necesario hacerse un examen visual.

Infórmele a su profesional del cuidado de la salud si se ha hecho algunas de estas pruebas en los últimos seis meses, ya que puede que no sea necesario repetirlas:



Pruebas de sangre—incluido un recuento sanguíneo completo y pruebas de función hepática



Un electrocardiograma (ECG)—un examen común que usa sensores pequeños para monitorear el corazón y asegurarse que esté funcionando con normalidad antes de comenzar el tratamiento

Estas pruebas pueden realizarse en su hogar, si es elegible y tiene un plan médico comercial. ZEPOSIA 360 Support™ puede ayudarle a programarlas.†

Encuentre más información sobre ahorros en las pruebas de rutina iniciales en la página 7 de este folleto.

† El paciente debe tener una receta válida para ZEPOSIA para una indicación aprobada por la FDA. Los pacientes no son elegibles si tienen cobertura de plan médico para medicamentos recetados mediante un programa de salud estatal o federal incluidos, pero sin limitarse a, Medicare, Medicaid, Medigap, CHAMPUS, TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA) o programas del Departamento de la Defensa (DoD), o si residen en Rhode Island. Para recibir el Programa de Servicios Médicos en el Hogar, el recetador debe solicitar asistencia para evaluación en el hogar por medio del programa ZEPOSIA 360 Support. El plan médico del paciente no recibirá una factura, y el paciente no será responsable de ningún desembolso. Los pacientes que pasan de planes comerciales a programas de salud estatales o federales dejarán de ser elegibles. El programa no puede combinarse con otras ofertas, reembolsos, cupones o muestras gratis. El programa no está condicionado a compras pasadas, presentes ni futuras, incluidas las repeticiones. Solo válido en los Estados Unidos y sus territorios. Nulo donde esté prohibido por ley, tributo o esté restringido. El programa no es un plan médico. Bristol-Myers Squibb Company se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar este programa en cualquier momento sin aviso. Pueden aplicar otras limitaciones.

Paso 3:

Listo para el Paquete de Inicio

Una vez tenga aprobación para comenzar el tratamiento, recibirá el Paquete de Inicio de ZEPOSIA. Su equipo de profesionales de la salud se lo proveerá o lo recibirá directamente a su hogar. Vea requisitos de elegibilidad adicionales.†

El Paquete de Inicio de ZEPOSIA consta de dos partes:

- 1. Un Paquete de Inicio de 7 días** para su primera semana de tratamiento. Las píldoras en este paquete ayudarán a que pueda aumentar la dosis de ZEPOSIA gradualmente. Cada píldora está rotulada con el día y la dosis. Asegúrese de seguir las instrucciones escritas en el paquete y tomarse las píldoras en el orden correcto
- 2. La dosis regular de ZEPOSIA** (cápsulas de color naranja) que comenzará a tomarse el día 8 (después de completar el Paquete de Inicio de 7 días)



Recibirá repeticiones de ZEPOSIA® (ozanimod) mensuales de una farmacia especializada (un tipo de farmacia que despacha medicamentos para enfermedades crónicas).

Recibirá una llamada de su farmacia especializada para confirmar la entrega de su receta de ZEPOSIA todos los meses. Si prefiere recoger su receta en la farmacia, solicítelo a su farmacia especializada, puede que ofrezcan esa opción.

†Los pacientes deben tener una receta válida para ZEPOSIA para una indicación aprobada por la FDA. El paciente debe ser nuevo en la terapia y no haber recibido una muestra ni surtido una receta para ZEPOSIA. El paciente es responsable de los impuestos aplicables, si alguno. Esta oferta está limitada a uno por paciente de por vida y no es transferible. No puede combinarse con ningún otro reembolso/cupón, muestra gratis u oferta similar. No se permiten sustituciones. Los pacientes, farmacéuticos ni recetadores pueden solicitar reembolso por la muestra gratis de ZEPOSIA al plan médico ni a terceros, incluidos programas con financiación estatal o federal. Los pacientes no pueden contar la muestra gratis de ZEPOSIA como un gasto incurrido para propósitos de determinar los gastos del desembolso de ningún plan, incluidos los costos del desembolso verdadero (TrOOP, por sus siglas en inglés) de la Parte D de Medicare. La oferta no está condicionada a compras pasadas, presentes o futuras, incluidas las repeticiones. Solo válido en los Estados Unidos y sus territorios. Nulo donde esté prohibido por ley o restringido. El programa no es un plan médico. Bristol Myers Squibb se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar esta oferta en cualquier momento sin aviso.

Maneras de ahorrar con ZEPOSIA 360 Support™



Conozca si pudiera ahorrar con una oferta en el copago

Las personas elegibles con plan médico comercial pueden pagar tan poco como **\$0 al mes** por ZEPOSIA con una oferta de ahorros en el copago.⁵

Algunos gastos del desembolso asociados con las pruebas médicas pueden ser reembolsables

Puede haber gastos asociados con algunas pruebas médicas de rutina, pero dependiendo de donde se lleven a cabo estas pruebas, los pacientes elegibles con plan médico comercial pueden calificar para reembolso.⁵



El programa de Transición de ZEPOSIA puede ayudarle si está en espera de aprobación del plan

Si tiene plan médico privado o comercial y presenta retrasos o problemas con la cobertura, el **programa de Transición de ZEPOSIA, pudiera proveerle ZEPOSIA por hasta 24 meses.**¹

Aplican requisitos de elegibilidad adicionales y términos y condiciones a la oferta de ahorros en el copago⁵ y al Programa de Transición.¹

⁵El Programa de Copago de ZEPOSIA es válido solo para pacientes con plan médico comercial. El Programa incluye una oferta de beneficio para medicamentos recetados para los costos del desembolso del medicamento y una oferta de beneficio de evaluaciones médicas para los gastos del desembolso de las pruebas de sangre iniciales, ECG y examen visual, cuando los costos totales no están cubiertos por el plan médico del paciente. Los pacientes no son elegibles si tienen cobertura de plan médico para medicamentos recetados mediante un programa de salud estatal o federal, incluidos, pero sin limitarse a, Medicare, Medicaid, Medigap, CHAMPUS, TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA) o programas del Departamento de la Defensa (DoD). Los pacientes no son elegibles para la oferta del beneficio de evaluaciones médicas si tienen cobertura de plan médico de recetas o evaluaciones médicas de conformidad con un programa de salud estatal o federal, o si residen en Massachusetts, Minnesota o Rhode Island. Los pacientes que pasan de un plan comercial a un programa de salud estatal o

(Términos continúan en la próxima página)



(Continuación de términos)

un programa de salud estatal o federal, o si residen en Massachusetts, Minnesota o Rhode Island. Los pacientes que pasan de un plan comercial a un programa de salud estatal o federal dejarán de ser elegibles. El paciente debe tener 18 años o más. Los pacientes elegibles que tengan una tarjeta de copago activa y una receta válida pueden pagar tan poco como \$0 por un suministro de 30 días; pueden aplicar límites máximos mensuales, anuales o por reclamación a la cobertura del programa, y estos pueden variar por paciente, en función de los términos del plan de medicamentos recetados del paciente y para garantizar que los fondos se utilicen para beneficio del paciente, según factores determinados únicamente por Bristol-Myers Squibb. Algunos planes de medicamentos recetados han creado programas que se conocen como "maximizadores de copago". En los programas maximizadores de copago, se ajusta la cantidad de los gastos por desembolso del paciente para reflejar la disponibilidad de asistencia que ofrece un programa de asistencia en el copago. Los pacientes inscritos en programas maximizadores de copago pueden recibir beneficios del programa que varían con el tiempo para garantizar que los fondos del programa se utilicen para beneficio del paciente. Los pacientes pueden pagar tan poco como \$0 en gastos por desembolso por evaluaciones médicas, sujeto a una cobertura máxima de \$2,000. La oferta de cobertura médica solo aplica a servicios de evaluación iniciales cubiertos por el Programa. Los pacientes son responsables de cualquier gasto que exceda las cantidades máximas. Para recibir la cobertura de evaluación médica, debe presentarse un formulario de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) junto con copias de los recibos de cualquier pago realizado. El Programa vence el 31 de diciembre de 2023. Todos los pagos del Programa son solo para beneficio del paciente. Pacientes, farmacéuticos ni recetadores podrán solicitar reembolso al plan médico, a farmacias de ahorros de salud o de gastos flexibles ni de terceros para ninguna parte del beneficio de recetas o evaluaciones médicas recibida por el paciente mediante este Programa. Si el paciente acepta cualquier cobertura o beneficio del Programa, está confirmando que esto es compatible con el plan del paciente y que el paciente notificará el valor recibido según lo requiera su proveedor de plan médico. El Programa solo es válido en Estados Unidos y Puerto Rico. Nulo donde esté prohibido por ley o sujeto a impuestos o restricciones. El Programa no puede combinarse con ninguna otra oferta, reembolso, cupón ni prueba gratuita. El Programa no está condicionado a compras pasadas, presentes ni futuras, incluidas las repeticiones de recetas. El Programa no es un plan médico. Pueden aplicar otras limitaciones. Bristol Myers Squibb se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar este Programa en cualquier momento sin aviso.

[¶]El Programa de Transición está disponible sin costo para pacientes elegibles con plan médico comercial con diagnóstico aprobado de ocurrir un retraso al determinar la disponibilidad de cubierta comercial para la receta, y no depende de requisitos de compra, por hasta 24 meses (dispensado en intervalos de 30 días). El Programa de Transición no está disponible para pacientes con cobertura de plan médico para medicamentos recetados mediante un programa de salud estatal o federal incluidos, pero sin limitarse a, Medicare, Medicaid, Medigap, CHAMPUS, TRICARE, Asuntos de los Veteranos (VA) o programas del Departamento de la Defensa (DoD), y está disponible por no más de 12 meses para pacientes en Massachusetts, Minnesota y Rhode Island. La apelación de la denegación de una preautorización debe ocurrir en el lapso de 90 días o según las guías del pagador, para permanecer en el programa. La elegibilidad será reverificada en enero para pacientes que continúen hacia el siguiente año, y pudiera ocurrir en otros momentos durante la participación en el programa. La oferta no es un plan médico. Una vez el plan de plan médico comercial del paciente apruebe la cubierta, el paciente dejará de ser elegible. Es nulo donde esté prohibido por ley, tribute o esté restringido. Bristol-Myers Squibb Company se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar este programa en cualquier momento sin aviso. Pueden aplicar otras limitaciones.



Paso 1: Conocer a un Coordinador de Apoyo

- Un Coordinador de Apoyo le llamará.*** Si el Coordinador de Apoyo no le ha llamado, comuníquese con su profesional de la salud para confirmar que su Formulario de Inicio fue sometido a ZEPOSIA 360 Support™
*Aunque los Coordinadores de Apoyo pueden responder preguntas sobre ZEPOSIA 360 Support, no pueden proveer consejo médico.
- Explore el programa de copago.†** Si es elegible, inscríbese con un Coordinador de Apoyo o en línea en ZEPOSIA.com/savingsoffer
- Explore las opciones de reembolso.†** Pregúntele a un Coordinador de Apoyo si califica para un reembolso por las pruebas de rutina iniciales

Paso 2: Coordinar las pruebas de rutina iniciales (para asegurar que es un candidato adecuado para recibir ZEPOSIA[®] [ozanimod])

- Sus pruebas de rutina se llevarán a cabo:**
 - En el hogar[‡]
 - En la oficina de su profesional de la salud
 - En un laboratorio
- Programar citas para sus pruebas de rutina:**
 - Pruebas de sangre**
Fecha: Hora: Lugar:
 - Electrocardiograma (ECG)**
Fecha: Hora: Lugar:
 - Examen visual** (en personas con antecedentes de edema macular o uveítis)
Fecha: Hora: Lugar:
- Seguimiento con su profesional de la salud para los resultados**

¡Ya casi terminas! Solo un paso más en la próxima página >

[†]El programa de copago de ZEPOSIA es válido solo para pacientes con plan médico comercial. El programa incluye una oferta de beneficio para medicamento recetado para los costos del desembolso del medicamento y una oferta de beneficio de evaluación médica para los gastos del desembolso de las pruebas iniciales de sangre, ECG y examen visual, cuando los costos totales no están cubiertos por el plan médico del paciente. Los pacientes no son elegibles si tienen cobertura de plan médico para medicamentos recetados mediante un programa de salud estatal o federal incluidos, pero sin limitarse a, Medicare, Medicaid, Medigap, CHAMPUS, TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA) o programas del Departamento de la Defensa (DoD). Los pacientes no son elegibles para la oferta del beneficio de evaluaciones médicas si tienen cobertura de plan médico de recetas o evaluación médica de conformidad con un programa de salud estatal o federal, o si residen en Massachusetts, Minnesota o Rhode Island. Los pacientes que pasan de plan comercial a un programa de salud estatal o federal dejarán de ser elegibles. El paciente debe tener 18 años o más. Los pacientes elegibles que tengan una tarjeta de copago activa y una receta válida pueden pagar tan poco como \$0 por un suministro de 30 días; pueden aplicar límites máximos mensuales, anuales y/o por reclamación a la cobertura del programa, y estos pueden variar por paciente, en función de los términos del plan de medicamentos recetados del paciente y para garantizar que los fondos

(Términos continúan en la próxima página)

Paso 3: Comienzo del tratamiento de ZEPOSIA

- Comience el tratamiento con el Paquete de Inicio de 7 días**
- Continúe tratamiento con su abasto para 21 días**
- Confirme sus repeticiones:** Si su farmacia especializada no le llama en relación con su próxima repetición o si hay algún problema con su plan médico, comuníquese con un Coordinador de Apoyo

(Continuación de Términos)

se utilicen para el beneficio del paciente, según factores determinados únicamente por Bristol-Myers Squibb. Algunos planes de medicamentos recetados han creado programas que se conocen como “maximizadores de copago”. En los programas maximizadores de copago, se ajusta la cantidad de los gastos por desembolso del paciente para reflejar la disponibilidad de asistencia que ofrece un programa de asistencia en el copago. Los pacientes inscritos en programas maximizadores de copago pueden recibir beneficios del programa que varían con el tiempo para garantizar que los fondos del programa se utilicen para beneficio del paciente. Los pacientes pueden pagar tan poco como \$0 en gastos por desembolso por evaluaciones médicas, sujeto a una cobertura máxima de \$2,000. La oferta de cobertura médica solo aplica a los servicios de evaluación iniciales cubiertos por el Programa. Los pacientes son responsables de cualquier gasto que exceda las cantidades máximas. Para recibir la cobertura de evaluación médica, debe presentarse un formulario de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) junto con copias de recibos de cualquier pago realizado. El Programa vence el 31 de diciembre de 2023. Todos los pagos del Programa son solo para beneficio del paciente. Pacientes, farmacéuticos ni recetadores podrán solicitar reembolso al plan médico, a cuentas de ahorros de salud o gastos flexibles ni a terceros para ninguna parte del beneficio de receta ni de evaluaciones médicas recibida por el paciente mediante este Programa. Si el paciente acepta cualquier cobertura o beneficio del Programa, está confirmando que esto es compatible con el plan del paciente y que el paciente notificará el valor recibido según lo requiera su proveedor de plan médico. El programa solo es válido en los Estados Unidos y Puerto Rico. Nulo donde esté prohibido por ley o sujeto a impuestos o restricciones. El programa no puede combinarse con ninguna otra oferta, reembolso, cupón ni muestra gratis. El programa no está condicionado a compras pasadas, presentes ni futuras, incluidas las repeticiones de receta. El programa no es un plan médico. Pueden aplicar otras limitaciones. Bristol Myers Squibb se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar este programa en cualquier momento sin aviso.

†El paciente debe tener una receta válida para ZEPOSIA para una indicación aprobada por la FDA. Los pacientes no son elegibles si tienen cobertura de plan médico para medicamentos recetados mediante un programa de salud estatal o federal, incluidos, pero sin limitarse a, Medicare, Medicaid, Medigap, CHAMPUS, TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA) o programas del Departamento de la Defensa (DoD) o si residen en Rhode Island. Para recibir el Programa de Servicios Médicos en el Hogar, el recetador debe solicitar asistencia para evaluación en el hogar por medio del programa ZEPOSIA 360 Support. El plan médico del paciente no recibirá una factura, y el paciente no será responsable de ningún desembolso. Los pacientes que pasan de un planes comerciales a un programas de salud estatales o federales dejarán de ser elegibles. El programa no puede combinarse con otras ofertas, reembolsos, cupones ni muestras gratis. El programa no está condicionado a compras pasadas, presentes ni futuras, incluidas las repeticiones. Solo válido en Estados Unidos y sus territorios. Nulo donde esté prohibido por ley, tributo o esté restringido. El programa no es un plan médico. Bristol-Myers Squibb Company se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar este programa en cualquier momento sin aviso. Pueden aplicar otras limitaciones.



ZEPOSIA, ZEPOSIA 360 Support y el logo de ZEPOSIA son marcas comerciales de Celgene Corporation, una compañía de Bristol Myers Squibb.

© 2023 Bristol-Myers Squibb Company.

2084-PR-2300050 08/23