

\*Requerido para procesar la inscripción.

**PACIENTES:** Complete las secciones 1 y 2. Luego, lea y firme la Autorización y Acuerdo del Paciente en las páginas 2 y 3. Cualquier información o firma que falte pudiera retrasar el surtido de su receta o su inscripción en ZEPOSIA 360 Support™.

1

**Información del paciente**

Nombre completo\*  Fecha de nacimiento\*  /  /  Sexo\*  M  F  
Dirección\*  Teléfono\*   Puede dejar mensaje de voz  
Pueblo, Estado, Código postal\*  Correo electrónico  Idioma

2

**Cobertura del plan para medicamentos recetados**

Vea la copia adjunta de la tarjeta(s) del plan médico por ambos lados. *Esta sección se ha completado.*  
 No tengo plan médico para medicamentos recetados

Compañía de seguro para medicamentos recetados\*   
ID de membresía de Rx\*  ID del grupo de Rx   
PCN de Rx (si aplica)  BIN de Rx (si aplica)

!

**Pase a la sección de Autorización y Acuerdo del Paciente en las páginas 2 y 3.**

**PROFESIONALES DE LA SALUD:** Complete las secciones 3 a la 6 y firme esta página. Envíe por fax el formulario completado y una copia de las tarjetas del plan médico y de farmacia del paciente (por ambos lados) al 1-833-727-7701.

3

**Evaluaciones iniciales**

*Puede dejar esta sección en blanco si no se solicita asistencia para evaluaciones iniciales. Si deja esta sección en blanco, el profesional de la salud que completa este formulario representa que el paciente ha recibido o recibirá aprobación para recibir terapia antes de su inicio y que el producto puede enviarse.*

**Se solicita asistencia para llevar a cabo las siguientes evaluaciones en el hogar del paciente:**

*Si está solicitando asistencia, se requiere un Formulario de Autorización de Evaluación Inicial para la revisión y aprobación de los resultados*

Análisis de sangre:  CBC    Evaluaciones:  ECG    Para pacientes determinados:  Serología de anticuerpos contra VZV  
 Análisis hepáticos     Evaluación para edema macular

\*Pacientes elegibles con plan médico comercial. Consulte los requisitos de elegibilidad adicionales y los Términos y Condiciones en la página 4.

4

**Diagnóstico y Receta(s)**

**Diagnóstico principal\***

ICD 10 K51.00 (Pancolitis ulcerosa [crónica], sin complicaciones)  
 ICD 10 K51.90 (Colitis ulcerosa, inespecífica, sin complicaciones)  
 ICD 10 K51.80 (Otro tipo de colitis ulcerosa, sin complicaciones)     Otro

\*¿Está su paciente recibiendo ZEPOSIA?  No  Sí, Iniciado (MM/AA)

**Rx Inicial\*\***

Paquete de inicio de ZEPOSIA: una cápsula oral según las instrucciones de dosificación del empaque (1 paquete, 0 repeticiones)

**Transición\*\***

ZEPOSIA en cápsula de 0.92 mg para uso oral:  
 Una vez al día o  Una vez en días alternos<sup>§</sup>  
 Suministro de 30 días, seguido por 11 repeticiones

**Rx de mantenimiento\***

ZEPOSIA en cápsula de 0.92 mg para uso oral:  
 Una vez al día o  Una vez en días alternos<sup>§</sup>  
 Suministro de 30 días, seguido por 11 repeticiones  
 Suministro de 90 días seguido por 3 repeticiones

\*Oferta de muestra gratis y opciones de Transición disponibles para pacientes elegibles. Consulte los requisitos de elegibilidad adicionales y los Términos y Condiciones en la página 4.  
§La dosis de mantenimiento recomendada en pacientes con insuficiencia hepática crónica leve o moderada (Child-Pugh clase A o B) es 0.92 mg una vez en días alternos.

Farmacia especializada preferida

Notas adicionales:

5

**Información del recetador**

Nombre completo\*  # de NPI\*  Fax\*   
Dirección\*  Teléfono\*  Ext.   
Pueblo, Estado, Código postal\*  Contacto en la oficina  Correo electrónico

6

**Autorización del recetador<sup>¶</sup>**

Certifico que (1) he recetado ZEPOSIA según mi juicio profesional de necesidad médica y que supervisaré el tratamiento médico del paciente; (2) poseo la autorización para divulgar la información del paciente a BMS y a sus respectivos agentes y proveedores de servicios, incluida la farmacia que despacha, y he obtenido la autorización de este paciente para la divulgación, de ser requerido por HIPAA u otra ley de privacidad aplicable; (3) la información brindada es precisa según mi conocimiento y (4) no solicitaré reembolso por ningún producto gratis ofrecido al paciente. Autorizo al Programa ZEPOSIA 360 Support a transmitir la(s) siguiente(s) receta(s) usando cualquier medio de conformidad con la ley aplicable a la farmacia apropiada. Entiendo que la información que he brindado puede ser usada por BMS y las partes que actúan en su nombre para las actividades de ofrecer servicios, comunicaciones, mercadeo y análisis.

<sup>¶</sup>De requerirlo la ley aplicable, anexe copias de todas las recetas usando el formulario de receta oficial del estado.

o    
Firma del recetador (despache según escrito)    Firma del recetador (se permiten sustituciones)    Fecha (DD/MM/AA)

X

## AUTORIZACIÓN Y ACUERDO DEL PACIENTE

ZEPOSIA 360 Support™ de Bristol-Myers Squibb Company es un programa de apoyo de Bristol-Myers Squibb Company (BMS) que ayuda a los pacientes a entender la cobertura de su plan médico y las opciones de apoyo económico para ZEPOSIA® (ozanimod), como también los servicios de apoyo educativo, enfermería, laboratorio y diagnóstico y medicamentos gratuitos a los pacientes que califican (el "Programa"). Para participar en el programa, BMS necesita recibir, usar y divulgar su información personal. También, tiene la opción de participar en el programa de Asistencia en el Copago de ZEPOSIA 360 Support inscribiéndose de forma separada a continuación. Lea esta autorización detenidamente y comuníquese con el programa ZEPOSIA 360 Support al 1-833-ZEPOSIA (833-937-6742) si tiene preguntas. Una vez haya leído y aceptado este formulario, envíelo firmado vía fax al 833-727-7701.

### 1. ¿Qué información se usará y divulgará?

Se divulgará mi información personal, que incluye: la información provista en el formulario de inscripción del programa; mi información de contacto, fecha de nacimiento y la compañía de teléfono/información del dispositivo (para llamadas y textos); información profesional y de empleo, información financiera y de ingresos, información del plan, expedientes médicos e información, incluidos los diagnósticos, medicamentos y pruebas de laboratorio e información biométrica y genética, que incluye pruebas que identifican el tipo de enfermedad que padezco y/o los medicamentos indicados para mi tratamiento.

### 2. ¿Quién divulgará, recibirá y usará la información?

Esta autorización permite a mis proveedores de salud, incluidos profesionales de la salud, farmacias, proveedores de servicios de laboratorio, proveedores de servicios de diagnósticos, planes médicos y aseguradoras que me prestan servicios, así como otras personas que he designado para asistirme con la solicitud, a divulgar mi información personal a BMS, los terceros con quienes trabaja y otros agentes autorizados, subsidiarias y procuradores (colectivamente "BMS"). BMS también puede compartir mi información con mis proveedores de salud y otros proveedores, como farmacéuticos, aseguradoras y organizaciones benéficas con el fin de determinar si soy elegible para otro plan o programa, o si ya participo en alguno.

### 3. ¿Cuál es el propósito de usar y divulgar mi información?

Mi información personal será usada y compartida con las personas y organizaciones descritas en esta autorización con el fin de:

- Procesar mi solicitud para el programa y proveerme los servicios, incluidos verificación de los beneficios del plan, asistencia con preautorizaciones de la aseguradora, buscar opciones alternas a la cobertura del plan, ofrecer información y educación sobre los servicios mediante un coordinador de casos y referirme a mí y a mis proveedores de salud a otros planes, fuentes de apoyo o programas de asistencia que puedan ayudarme a conseguir mi medicamento, incluidas las evaluaciones para otras opciones de asistencia económica, como asistencia en el copago de medicamentos
- Ofrecerme servicios de atención médica, incluidos pruebas de laboratorio y diagnóstico, y procedimientos

médicos relacionados con ZEPOSIA. Entiendo que mi profesional de la salud no provee ni contrata dichos servicios. Entiendo que estos servicios podrían facturarse a mi aseguradora y que puedo tener un copago separado o una obligación de costos compartidos por usar estos servicios

- Proveerme medicamento gratis, de ser elegible
- Recibir y/o comprar la información (incluida información sobre mis medicamentos recetados y reclamos al plan médico) que tengan mis proveedores de salud para determinar si estoy recibiendo mi medicamento y dónde lo recibo, y si he dejado de ser elegible para continuar recibiendo medicamentos gratuitos o participar en otros programas de apoyo de BMS
- Comunicarse conmigo y con mis proveedores de salud para ofrecer información sobre los programas y servicios que están disponibles
- Comunicarse con otros profesionales de la salud y organizaciones benéficas para determinar si soy elegible para otro plan o programa, o si ya participo en alguno
- Comunicarse conmigo para fines de mercadeo, que incluyen ofrecerme información sobre mi medicamento, hacer recordatorios de la repetición de la receta, hacer encuestas y proveer otros datos y avisos que BMS entienda que pueden interesarme (algunos podrían enviarse directamente a mi teléfono si así lo indico)
- Mejorar o desarrollar los servicios del programa y otros asuntos comerciales internos, como los sistemas de análisis
- BMS puede usar también mi información de salud para combinarla con otra información que BMS pueda recopilar sobre mí y mi tratamiento de ZEPOSIA y usarla para los propósitos descritos en lo anterior

#### Autorización para la venta de mi información a BMS:

Autorizo a mis proveedores de salud (incluidos profesionales médicos, planes médicos, aseguradoras, farmacias, proveedores de servicios de laboratorio y proveedores de servicios de diagnóstico) a divulgar mi información para los fines descritos en este documento de autorización, y además autorizo a mis proveedores de salud a aceptar pagos de BMS a cambio de proveer mi información, así como a brindarme servicios de mercadeo y apoyo al paciente.

- ### 4. ¿Cuándo caducará esta autorización?
- Esta autorización caducará en un plazo de 5 años, salvo si la ley dispone que caduque antes o si la cancelo por escrito. Puedo cancelar esta autorización escribiendo a: ZEPOSIA 360 SUPPORT: PO BOX 310, Columbus, OH 43216. Si cancelo esta autorización, no podré participar en el programa. El programa dejará de usar o divulgar mi información para los fines previamente mencionados en esta autorización, excepto cuando sea necesario para suspender mi participación o según lo requiera o permita la ley. Entiendo que, si recibo medicamentos gratuitos, tendré que volver a solicitar al menos una vez al año, firmar esta autorización nuevamente y esperar aprobación.

- ### 5. Avisos:
- Entiendo que una vez se divulgue mi información médica, es posible que las leyes de privacidad ya no puedan restringir su uso o divulgación en la actualidad o en el futuro. BMS puede usar y divulgar mi información para los fines descritos en esta autorización o según lo requiera o permita la ley. Entiendo que BMS no vende ni alquila la información personal recopilada en este

## AUTORIZACIÓN Y ACUERDO DEL PACIENTE

programa. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, de negarme, esto no cambiará mi elegibilidad para los beneficios de planes médicos o para recibir tratamiento con mis profesionales de la salud, pero no tendré acceso a los servicios del programa. Entiendo que leyes estatales específicas pueden permitir el derecho a solicitar acceso a, o eliminación de, mi información. Entiendo que estos derechos estatales no son absolutos y que solo aplican en determinadas circunstancias. Por lo tanto, reconozco que es posible que no reciba una respuesta a mi solicitud según

lo requieran o permitan las leyes pertinentes. Acepto que puede que tenga que proveer información adicional para verificar mi identidad, como una identificación emitida por el gobierno, antes de que se tramite mi solicitud para acceder a mi información o eliminarla. No se discriminará en mi contra por ejercer mis derechos, pero entiendo que no podré recibir los servicios del programa si no autorizo el uso de mi información. Para enviar una solicitud de acceso o eliminación, puedo llamar al 1-833-ZEPOSIA (833-937-6742) o completar el formulario en línea en [www.bms.com/dpo/us/request](http://www.bms.com/dpo/us/request).

### FIRMA DE LA AUTORIZACIÓN Y EL ACUERDO DEL PACIENTE

He leído la Autorización y Acuerdo del Paciente y estoy conforme con sus términos.

¿Prefiere autorizar su consentimiento en línea? Acceda a [ZEPOSIA.COM/ESIGN](http://ZEPOSIA.COM/ESIGN) para someter su firma de forma electrónica.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del paciente o representante legal†	Nombre completo del paciente o representante legal	Fecha (DD/MM/AA)
Fecha de nacimiento* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Relación <input type="text"/>	
Correo electrónico <input type="text"/>		

Términos del Programa: A fin de proveer asistencia en el acceso, los pacientes deben brindar información certera y completa. En cualquier momento durante la participación, BMS puede solicitar documentación adicional para verificar la información personal del paciente. De faltar información o si el paciente no responde a las solicitudes de información adicional, BMS puede retrasar o terminar la participación. Aplican otros términos para la asistencia en el copago y medicamento gratis. BMS puede discontinuar el programa o cambiar las reglas de participación en cualquier momento, sin aviso.

†Debe proveerse al paciente o a su representante legal una copia de ambas páginas del formulario de Autorización y Acuerdo del Paciente una vez firmado. Se requiere un poder legal de firmar otra persona que no sea el paciente. Puede enviar por fax los documentos al 1-833-727-7701 o llamar al 1-833-937-6742 para más asistencia. **NOTA: No se puede procesar la inscripción sin una firma válida.**

**Sí, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto.** He leído los términos y condiciones y estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto y llamadas según se explica en el consentimiento para textos y llamadas automáticas.

Consentimiento para llamadas de autodiscado y textos (opcional): Autorizo a recibir llamadas de autodiscado y mensajes de texto de parte de BMS y el programa. Entiendo que mi autorización no está condicionada a compras ni el uso de ZEPOSIA® (ozanimod) ni otros productos de BMS y que los servicios del programa son válidos para la mayor parte de las compañías en los Estados Unidos. Entiendo que pueden aplicar tarifas de mensajes y datos de mi compañía. Entiendo que la información obtenida por BMS de mí en conexión con el uso de llamadas de autodiscado y mensajes de texto es usada por el programa de conformidad con los términos de esta autorización. Puedo suspender las llamadas de autodiscado y los mensajes de texto en cualquier momento llamando a ZEPOSIA 360 Support™ al 1-833-ZEPOSIA (833-937-6742). También, puedo suspender los mensajes de textos enviando el texto "PARE" al número de teléfono del que recibí el mensaje de texto. Para ayuda, puedo enviar el texto "AYUDA" al número de teléfono del que recibí el mensaje de texto.

## PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EL COPAGO ZEPOSIA 360

De ser elegible, desearía inscribirme en el Programa de Asistencia en el Copago de ZEPOSIA. He leído los Términos y Condiciones de copago (pg. 4) y estoy de acuerdo con los términos.

El Programa de Asistencia en el Copago de ZEPOSIA es un programa de apoyo que brinda a los pacientes elegibles asistencia en el copago, recordatorios, encuestas y otra información de apoyo al paciente para ZEPOSIA e información sobre enfermedades relacionadas. Entiendo que la información que proporciono, junto con la información sobre mi uso de los servicios del programa de apoyo serán almacenados y utilizados por Bristol Myers Squibb y las partes que actúan en su nombre ("BMS") para brindarme los servicios de apoyo a mí y a los cuidadores/contactos alternos que se enumeran en este formulario o que yo designe por escrito. BMS también puede almacenar y utilizar mi información para contactarme a mí y a mis cuidadores/contactos alternos designados por correo, teléfono, en formato electrónico o de otro modo sobre productos, servicios, investigaciones de mercado, estudios clínicos y otra información y ofertas que considere de interés para mí. BMS también puede utilizar mi información para mejorar o desarrollar sus servicios y para otros fines comerciales internos, incluidos análisis, servicios de comunicación y actividades de mercadeo. BMS también puede usar mi información para combinarla con otra información que BMS pueda recopilar sobre mí y mi tratamiento y usarla para los fines descritos anteriormente. El uso de mi información se regirá por la Política de Privacidad de BMS. De vez en cuando, la Política de Privacidad puede cambiar y entiendo que debo consultar el sitio web [www.bms.com](http://www.bms.com) para obtener la versión más reciente. Puedo detener futuras comunicaciones de mercadeo y el uso de mi información llamando al 1-833-ZEPOSIA (833-937-6742).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del paciente o representante legal	Nombre completo del paciente o el representante legal	Fecha (DD/MM/AA)



Escanee este código para añadir nuestro número a su teléfono, así siempre sabrá cuando recibe una llamada de **ZEPOSIA 360 Support™**. Para hacerlo manual, cree un contacto nuevo con el nombre **"ZEPOSIA 360 Support"** en su teléfono y este número: **1-833-ZEPOSIA (833-937-6742)**.

Para recibir asistencia en el copago o medicamento gratis de BMS, los pacientes deben cumplir con las reglas del programa y no podrán recibir reembolso por la asistencia recibida de parte de terceros, incluido de un programa del plan médico, otra entidad benéfica o cuentas de ahorros de salud, de gastos flexibles u otras cuentas de reembolso médico. La asistencia puede ser temporal y los pacientes tendrán que solicitar todos los años. Los pacientes deben comunicarse con el programa al 1-833-937-6742 de ocurrir algún cambio en su plan médico o tratamiento. Los pacientes beneficiarios de la Parte D de Medicare no pueden contar el medicamento gratis recibido como parte de los gastos del desembolso verdadero (TROOP, por sus siglas en inglés).

### ASISTENCIA EN LAS EVALUACIONES

Disponible solo para pacientes con plan médico comercial y una indicación aprobada. Esta oferta no es válida para evaluaciones médicas pagadas en su totalidad o en parte por programas de salud federales o estatales, incluido, pero sin limitarse a Medicare o Medicaid, y para los residentes de Rhode Island. Este programa está sujeto a terminación o modificación en cualquier momento.

### RECETA DE INICIO DE ZEPOSIA (OFERTA DE MUESTRA GRATIS)

El paciente debe tener una receta válida de ZEPOSIA para una indicación aprobada por la FDA. El paciente debe ser nuevo en la terapia y no haber recibido una muestra ni haber surtido una receta de ZEPOSIA. El paciente es responsable de los impuestos aplicables, si alguno. Esta oferta está limitada a un uso por paciente durante la vida y no es transferible. No puede combinarse con otros descuentos/cupones, muestra gratis u oferta similar. No se permiten sustituciones. Los pacientes, farmacéuticos y recetadores no pueden solicitar reembolso por la muestra gratis de ZEPOSIA por parte de planes médicos ni de terceros, incluidos los 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 gastos del desembolso verdadero (TROOP) de la Parte D de Medicare. La oferta no está condicionada a compras pasadas, presentes ni futuras, incluidas las repeticiones. Es válida solo en los Estados Unidos y sus territorios. Es nula donde esté prohibida por ley o restringida. 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.

## PROGRAMA DE TRANSICIÓN

El Programa de Transición está disponible sin costo para pacientes elegibles con plan médico comercial y un diagnóstico aprobado cuando ocurre un retraso en la determinación de la cubierta de farmacia, y no depende del requisito de compras, por hasta 24 meses (surtido en incrementos de 30 días). El Programa de Transición no está disponible para pacientes con cobertura del plan de farmacia de un programa de salud estatal o federal, incluidos, pero sin limitarse a, Medicare, Medicaid, Medigap, CHAMPVA, TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA), o programas del Departamento de la Defensa (DoD). La apelación por el rechazo de una preautorización debe ocurrir en el lapso de 90 días, o según las guías del pagador, para permanecer en el programa. Se reevaluará la elegibilidad en enero para pacientes que continúan hacia el próximo año, y puede ser en otros momentos durante la participación en el programa. La oferta no es un plan médico. Una vez el plan médico comercial del paciente apruebe la cobertura, el paciente dejará de ser elegible. Es nula donde esté prohibida por ley, tribute o esté restringida. Bristol-Myers Squibb Company se reserve el derecho de rescindir, revocar o enmendar este programa en cualquier momento sin aviso. Pueden aplicar otras limitaciones.

## PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EL COPAGO ZEPOSIA 360

- El Programa de Copago de ZEPOSIA es válido solo para pacientes con plan médico comercial. El programa incluye una oferta de beneficio de receta para los gastos del desembolso del medicamento y un beneficio de evaluación médica para los gastos del desembolso para las pruebas iniciales de sangre, ECG y examen visual cuando el plan del paciente no cubre el costo total.
- Los pacientes no son elegibles para la oferta de beneficio de receta si tienen cobertura del plan de farmacia por parte de un programa de salud estatal o federal, incluidos, pero sin limitarse a, Medicare, Medicaid, MediGap, CHAMPVA, TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), o programas del Departamento de Defensa (DoD, por sus siglas en inglés).
- Los pacientes no son elegibles para la oferta de beneficio de evaluación médica si tienen cobertura del plan para su receta o evaluación médica por parte de un programa de cuidado de salud estatal o federal, o si viven en Massachusetts, Minnesota o Rhode Island. Los pacientes que cambian de planes comerciales a programas de cuidado de la salud estatales o federales dejarán de ser elegibles.
- El paciente tiene que tener 18 años o más.
- Los pacientes elegibles con una tarjeta de copago activada y una receta válida pueden pagar tan poco como \$0 por un abasto de 30 días; pueden aplicar beneficios del programa máximos mensuales, anuales y/o por reclamo y variar entre pacientes, dependiendo de los términos del plan de medicamentos recetados del paciente y para asegurar que los fondos se usan para el beneficio del paciente, a base de factores determinados en su totalidad por Bristol-Myers Squibb. Algunos planes de medicamentos recetados han establecido programas conocidos como programas "maximizadores de copago". En el programa maximizadores de copago la cantidad de los costos que desembolsa el paciente se ajusta para reflejar la disponibilidad del ofrecimiento de apoyo del programa de apoyo en el copago. Los pacientes inscritos en programas maximizadores de copago pueden recibir los beneficios del programa que varían con el tiempo para asegurar que los fondos del programa se usan para el beneficio del paciente. La elegibilidad del paciente será evaluada de forma continua en el programa de copago de recetas para continuar la inscripción en el programa. En caso que el paciente experimente un cambio en la cobertura del plan médico o BMS haga cambios al programa de asistencia en el copago, el paciente tendrá que reinscribirse en el programa y proveer información del plan actualizada para determinar la elegibilidad. Los pacientes elegibles con plan médico comercial pueden pagar tan poco como \$0 en los gastos del desembolso por la evaluación médica, sujeto a un beneficio máximo de \$2,000. La oferta del beneficio médico solo aplica a servicios de evaluación clínica iniciales cubiertos por el Programa. Los pacientes son responsables por cualquier costo que sobrepase las cantidades máximas.
- Para recibir el beneficio de evaluación médica, hay que presentar un formulario de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) junto con copias de los recibos de cualquier pago realizado.
- Los pagos del programa son solo para el beneficio del paciente.
- Los pacientes, farmacéuticos y recetadores no pueden solicitar reembolso del plan médico, de cuentas de ahorros de salud o gastos flexibles ni de terceros para ninguna parte del beneficio de receta o evaluación médica recibido por el paciente de conformidad con este programa.
- La aceptación del paciente de cualquier beneficio del programa confirma que es compatible con el plan del paciente y que el paciente informará el valor recibido según lo requiera su proveedor de seguro.
- El programa solo es válido en los Estados Unidos y Puerto Rico. Es nulo donde esté prohibido por ley, tribute o esté restringido.
- El programa no puede combinarse con ninguna otra oferta, rebaja, cupón o muestra gratis. El programa no está condicionado a compras pasadas, presentes ni futuras, incluidas las repeticiones.
- 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 previo.