

INSTRUCCIONES PARA PACIENTES

¿CÓMO COMENZAR TRATAMIENTO CON ZEPOSIA?

- 1 Lea el documento de Autorización y Consentimiento del Paciente en las páginas 3 y 4.**
- 2 Provea su información en el Formulario de Inicio en la página 1. Asegúrese de completar las secciones 1 al 4 y no olvide:**
 - Provea su nombre, firma y fecha en el documento según indicado en la sección 4. Si prefiere puede autorizar su consentimiento en línea visitando ZEPOSIA.COM/ESIGN
 - Marcar la casilla en la sección 4 para inscribirse en la oferta de copago de ZEPOSIA (si es elegible)
 - Marcar la casilla en la sección 4 para participar del programa móvil ZEPOSIA 360 Support™ y recibir información y actualizaciones importantes directamente en su dispositivo móvil
- 3 Su profesional de la salud completará el resto de este formulario.** Completará la página 2 del Formulario de Inicio y enviará el documento completado (páginas 1 y 2) vía fax al programa ZEPOSIA 360 Support.

PRÓXIMOS PASOS

- 1** Recibirá una llamada telefónica de un profesional de enfermería del programa ZEPOSIA 360 Support, un correo electrónico de bienvenida y un mensaje de texto si indicó que desea recibir mensajes de texto.
- 2** El profesional de enfermería le explicará los próximos pasos y le ayudará a comenzar el proceso.

Si no recibe alguna comunicación de nuestra parte, contacte al programa ZEPOSIA 360 Support al número telefónico indicado más adelante.

INSTRUCCIONES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

¿CÓMO RECETAR ZEPOSIA?

- 1 Una vez decida que ZEPOSIA es adecuado para su paciente:**
 - Pídale que lea el documento de Autorización y Consentimiento del Paciente en las páginas 3 y 4
 - Asegúrese de que su paciente provea su nombre, firma y fecha de hoy, y de que complete los campos requeridos en la página 1 del Formulario de Inicio. Si se prefiere, los pacientes pueden autorizar su consentimiento en línea en ZEPOSIA.COM/ESIGN
- 2 Complete la página 2 del Formulario de Inicio y firme en el espacio indicado.** Asegúrese de completar las secciones 5 al 8 de este formulario, y de firmar y fechar donde se indique.
- 3 Una vez completadas, envíe las páginas 1 y 2 vía fax al 1-833-727-7702.** No olvide revisar este formulario para asegurarse de que usted y su paciente han completado todos los campos requeridos.
- 4 Indique a su paciente que debe comunicarse con el programa ZEPOSIA 360 Support si tiene alguna pregunta.** Un profesional de enfermería estará disponible para responder preguntas y discutir los próximos pasos con su paciente para ayudarle a comenzar su tratamiento con ZEPOSIA.



Si tiene preguntas, llame a:

ZEPOSIA 360 Support al **1-833-ZEPOSIA** (833-937-6742),
de lunes a viernes, entre 8 AM y 8 PM (hora del este)
o acceda a ZEPOSIAESPANOL.com/multiple-sclerosis

A LOS PROVEEDORES DE SALUD: Envíe por fax las páginas 1 y 2 completadas, una copia de la tarjeta de plan médico y la tarjeta de beneficios de farmacia (por los dos lados) al **1-833-727-7702** o inscríbese en línea visitando **www.ZEPOSIAportal.com**

PACIENTE:

Provea toda la información requerida en las secciones 1 al 4 a continuación. **Asegúrese de incluir su firma y la fecha al final de la página.**

❗ Indica un campo REQUERIDO para el trámite de este formulario.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

❗ Nombre _____ Inicial _____ ❗ Apellido _____ ❗ Fecha de nacimiento ____/____/____

Masculino
 Femenino
 Otro

Dirección (que no sea un apartado postal) _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ ❗ Dirección de correo electrónico (requerido para inscripción del copago) _____

❗ Número de teléfono móvil _____ Número de teléfono residencial _____ Número de teléfono del trabajo _____ Autorizo a que dejen mensaje de voz

Número de contacto de preferencia: Móvil Residencial Trabajo Hora de preferencia: Mañana Tarde Noche

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro _____

Nombre de un cuidador/contacto alterno* _____

Número de teléfono del cuidador/contacto alterno _____ Autorizo a que dejen mensaje de voz

Correo electrónico del cuidador/contacto alterno _____

*Al proveer el nombre y la información de contacto de esta persona, autorizo que le divulguen mi información médica.

2 COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO

Véase la copia adjunta de mi tarjeta(s) de seguro médico por ambos lados para la información solicitada a continuación.

❗ Aseguradora principal _____ ❗ Núm. de póliza _____

Núm. de grupo _____ Teléfono de la aseguradora _____ Nombre del asegurado (Nombre, Apellido) _____

El paciente no tiene seguro médico

Aseguradora secundaria _____ Núm. de póliza _____

Núm. de grupo _____ Teléfono de la aseguradora _____ Asegurado (Nombre, Apellido) _____

3 COBERTURA DE SEGURO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Véase la copia adjunta de mi tarjeta(s) de seguro médico por ambos lados para la información solicitada a continuación.

Aseguradora para medicamentos recetados _____ Rx ID de membresía _____ Teléfono de la aseguradora _____

Rx PCN (si aplica) _____ Rx ID del grupo _____ Rx BIN (si aplica) _____

El paciente no tiene seguro médico

El paciente no tiene un plan separado para cubrir medicamentos recetados; estos beneficios están incluidos en el plan de seguro médico del paciente

4 APROBACIÓN DEL PACIENTE NOTA: La inscripción no puede ser procesada sin una firma válida.

De ser elegible, me gustaría inscribirme en el Programa de Copago de ZEPOSIA.

He leído y acepto los términos y condiciones del programa detallados en la página 4; entiendo que la asistencia con el copago solo está disponible para los pacientes con seguro comercial y que no aplica si tengo cobertura para medicamentos recetados mediante un programa federal, estatal, de la Administración de Veteranos u otro programa similar.

Quiero recibir llamadas y mensajes de texto.

He leído el documento de consentimiento para llamadas y mensajes de texto automáticos y acepto recibir llamadas y mensajes según descrito en dicho documento (véase página 4).

He leído el documento de Autorización y Consentimiento del Paciente en las páginas 3 y 4 de este formulario, y acepto sus estipulaciones.

❗ Firma del paciente o representante del paciente:  _____ ❗ Fecha ____/____/____

Representante del paciente: Nombre completo _____

Descripción de la autoridad _____

¿Prefiere autorizar su consentimiento en línea? Visite ZEPOSIA.COM/ESIGN para enviar su firma electrónicamente.

(Nota: La página 2 de este formulario necesita completarse y enviarse por fax al 1-833-727-7702.)

¿Preguntas? Llame al 1-833-ZEPOSIA (833-937-6742) para recibir ayuda para completar el formulario de inicio de ZEPOSIA.

TO HEALTHCARE PROVIDER: Fax the completed pages 1 and 2, a copy of insurance card, and pharmacy benefit card (both sides of each) to **1-833-727-7702** or enroll online at **www.ZEPOSIAportal.com**

Patient: First name _____ **Last name** _____ **Date of birth** ____/____/____

HEALTHCARE PROVIDER:

Please provide all information in sections 5 through 8 below. **!** Indicates a field that **MUST** be completed for this form to be processed. If you need help, please call ZEPOSIA 360 Support[™] at 1-833-ZEPOSIA (833-937-6742).

5 PRESCRIBER INFORMATION

! First name _____ **!** Last name _____ **Office/Clinic/Institution Name** _____

! Address _____ **!** City _____ **!** State _____ **!** ZIP _____

! Phone _____ **Fax** _____ **!** NPI # _____ **!** State medical license # _____

E-mail address _____ **Office contact name** _____ **Best time to contact:** Morning Afternoon

Office contact phone _____ **Office contact e-mail address** _____

6 ASSESSMENTS

! Are you requesting assessment assistance?

NO assistance requested and I confirm (check one):

- All assessments completed, patient is cleared for therapy
- Assessments not yet completed, and will be completed by the office. ZEPOSIA 360 Support will follow up to confirm completion

YES, assistance requested to conduct the following assessments at patient's home (check all that apply)*:

Blood tests: CBC LFTs VZV antibody serology

Screenings: In-home ECG Macular edema assessment

*Available for on-label commercially insured patients only. This offer is not valid for medical assessments for which payment may be made in whole or in part under federal or state health programs, including but not limited to Medicare or Medicaid, and for residents in MN and RI. This program is subject to termination or modification at any time.

7 CLINICAL INFORMATION

! **Primary diagnosis:** ICD10 G35: Other _____ **Current/Most recent MS therapy:** _____ (MM/YY) ____/____ to ____/____

(Multiple sclerosis) **Concurrent medications:** _____

Treatment-naive?: No Yes **Drug and non-drug allergies:** _____ No known drug allergies (NKDA)

8 PRESCRIPTION(S) AND PRESCRIBER AUTHORIZATION[†] (Complete all parts that apply)

Initiation and Maintenance Rx:

Preferred Specialty Pharmacy: _____
Provide specialty pharmacy name

! **Initiation Rx:**
Has patient already initiated ZEPOSIA[®] (ozanimod)? No Yes (if yes, add start date: MM/YY ____/____ and skip to "Maintenance Rx" section).

Days 1-4: ZEPOSIA[®] (ozanimod) 0.23 mg capsules by mouth once daily
Days 5-7: ZEPOSIA[®] (ozanimod) 0.46 mg capsules by mouth once daily
Day 8 and thereafter: ZEPOSIA[®] (ozanimod) 0.92 mg capsules by mouth once daily

Check one:
For new patients:
 Dispense Starter Kit[†] 7-day Starter Pack, followed by 30-day supply, 0 refills

For patients who are restarting:
 Dispense 7-day Titration Pack only, 0 refills

Starter Kit or Titration Pack should be sent to:
 Prescriber address (see above)

If assessments are completed[‡]:
 Patient address (see page 1) Alternate patient address (provide below)

Address _____ **City** _____

State _____ **ZIP** _____ **Phone** _____

†Starter Kit Rx is only for on-label patients who will not receive a 37-day sample from their prescriber.

‡Assessments must be complete and confirmed by provider to ship Starter Kit or Titration Pack directly to patient.

! **Maintenance Rx (check one):**
ZEPOSIA[®] (ozanimod) 0.92 mg capsules by mouth once daily:
 Dispense 30-day supply followed by 11 refills or ____ refills Dispense 90-day supply followed by 3 refills or ____ refills

Additional notes: _____

Bridge Supply Rx[¶] (optional for commercially insured patients):

Days 1-4: ZEPOSIA[®] (ozanimod) 0.23 mg capsules by mouth once daily
Days 5-7: ZEPOSIA[®] (ozanimod) 0.46 mg capsules by mouth once daily
Day 8 and thereafter: ZEPOSIA[®] (ozanimod) 0.92 mg capsules by mouth once daily

Check applicable box(es):
 Dispense Starter Kit[†] 7-day Starter Pack, followed by 30-day supply, 0 refills.
 Dispense 30-day supply followed by up to 11 refills

For patients who are restarting:
 Dispense 7-day Titration Pack only, 0 refills.

¶Starter Kit Rx is only for on-label patients who will not receive a 37-day sample from their prescriber.

¶Bridge Supply Rx is available at no cost for eligible commercially insured, on-label diagnosed patients if there is a delay of more than 10 business days in determining whether commercial prescription coverage is available, and is not contingent on any purchase requirement. Bridge Supply Rx is not available to patients who have prescription insurance coverage through Medicare, Medicaid, or any other federal or state program, or MI residents, and is available for no more than 12 months to patients in MA, MN, and RI. Appeal of any prior authorization denial must be made within 90 days or as per payer guidelines, to remain in the Program. Eligibility will be re-verified in January for patients continuing into the following year, and may be at other times during Program participation. Up to 12 additional refills may be provided if needed. Offer is not health insurance, and may be modified or discontinued at any time without notice. Other limitations may apply.

PRESCRIBER AUTHORIZATION:

I certify that (1) I have prescribed ZEPOSIA based on my professional judgment of medical necessity and that I will supervise the patient's medical treatment; (2) I have the authority to disclose this patient's information to BMS and its respective agents and service providers, including the dispensing pharmacy, and I have obtained this patient's authorization for the disclosure, if required by HIPAA or other applicable privacy laws; (3) the information provided is accurate to the best of my knowledge; and (4) I will not seek reimbursement for any free product provided to the patient. I authorize the ZEPOSIA 360 Support program to transmit the prescription(s) below by any means under applicable law to the appropriate dispensing pharmacy. I understand the information I provide may be used by BMS and parties acting on its behalf for services, communications, marketing, and analytics activities.

†If required by applicable law, please attach copies of all prescriptions on official state prescription forms.

! **Prescriber Signature (Dispense as Written)** _____ **Prescriber Signature (Substitutions Allowed)** _____

! **Date (MM/DD/YY)** ____/____/____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El programa ZEPOSIA 360 Support™ es un programa de cortesía de Bristol-Myers Squibb Company (BMS), que ayuda a los pacientes a entender la cobertura de su seguro médico y las opciones de asistencia económica para costear ZEPOSIA® (ozanimod); provee apoyo con el copago y medicamentos gratuitos a los pacientes que sean elegibles, y ofrece servicios educativos, de enfermería, de laboratorio y de diagnóstico. Para participar en el programa, BMS necesitará recibir, usar y divulgar su información. Lea este documento 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 el contenido de este formulario, envíelo firmado vía fax al 833-727-7702.

1. ¿Qué información se usará y divulgará?

Se divulgarán mis datos personales, que incluyen:

- La información provista en el formulario de inscripción del programa
- Mi información de contacto y la del proveedor telefónico (para llamadas y mensajes de texto)
- Fecha de nacimiento y número de seguro social (proveer este número es opcional)
- Información profesional y laboral
- Información financiera y sobre ingresos
- Información del seguro
- Información médica, incluidos expedientes médicos, diagnósticos, medicamentos y pruebas de laboratorio
- Información biométrica y genética, que incluye pruebas que identifican el tipo de enfermedad que tengo y/o los medicamentos indicados para mi tratamiento

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

Este documento de autorización permite a mis proveedores de salud, incluidos profesionales médicos, farmacias, proveedores de servicios de laboratorio, planes médicos, y aseguradoras que me dan servicio, 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 será usada y compartida por las personas y organizaciones mencionadas en este documento de autorización con el fin de:

- Tramitar mi solicitud para los servicios del programa ZEPOSIA 360 Support y proveerme los servicios, incluidos verificación de los beneficios del seguro, asistencia con preautorizaciones de la aseguradora, buscar opciones alternas a la cobertura del seguro, ofrecer información y educación sobre los servicios mediante un coordinador de casos y referir a mis proveedores de salud a otros planes, fuentes de apoyo o programas de asistencia que puedan ayudarme a conseguir mi medicamento
- 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 emplea 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 usarlos
- Proveerme asistencia con el copago y/o medicamentos gratuitos si soy elegible
- Recibir y/o comprar la información (incluida información sobre mis medicamentos recetados y reclamos al seguro) que tengan mis proveedores de salud para determinar si estoy recibiendo mi medicamento

y dónde lo recibo, y si soy 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

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 a aceptar pagos de BMS a cambio de esta, 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 220734, Charlotte, NC 28222. Si la cancelo, no podré participar en el programa. El programa dejará de usar y divulgar mi información para los fines previamente enumerados, excepto cuando sea necesaria 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 este documento o según lo requiera o permita la ley. Entiendo que BMS no vende ni alquila la información personal recopilada en este programa. Tengo derecho a recibir una copia de este documento después de haberlo firmado. También entiendo que puedo negarme a firmar y que 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 mi información ni podré solicitar que la eliminen. Entiendo que estos derechos no son absolutos y que solo aplican en ciertas 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 posiblemente sea necesario 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.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

6. Certificaciones del paciente: Certifico que la información personal provista a BMS es verdadera y completa. Acepto que, en cualquier momento durante mi participación, BMS puede solicitar documentación adicional para verificar mi información personal. Si falta información o no respondo a las solicitudes de documentos adicionales, es posible que mi participación se retrase o que ya no pueda participar. Si soy elegible para recibir asistencia con el copago o medicamentos gratuitos de BMS, acepto cumplir con las reglas del programa incluidas en el formulario de inscripción y no recibiré un reembolso por la asistencia que haya recibido de cualquier otra persona o entidad, incluidos un programa del seguro médico, otra organización benéfica o cuentas de ahorros, de gastos flexibles u otra cuenta de reembolso para asuntos médicos. Entiendo que la asistencia es temporera y que es posible que tenga que solicitar anualmente. Si mi seguro o tratamiento cambia de alguna manera, me comunicaré con el programa al 1-833- 937-6742. Si tengo la Parte D de Medicare, tampoco contaré ningún medicamento gratuito que reciba como parte de los costos reales que haya desembolsado. Entiendo que el programa puede discontinuarse y que las reglas de participación pueden cambiar en cualquier momento.

7. Consentimiento para llamadas y mensajes automáticos (opcional):

Acepto recibir llamadas y mensajes de texto automáticos del programa. Entiendo que mi autorización no es una condición de compra o uso de ZEPOSIA® (ozanimod) ni de cualquier otro producto de BMS, y que el programa es válido con la mayoría de los proveedores en los Estados Unidos. Entiendo que pueden aplicar las tarifas de mensajería y datos de mi proveedor de servicio. Entiendo que la información que BMS obtenga de mí en relación con el uso de llamadas y mensajes de texto automáticos será usada por el programa según los términos de esta autorización. Puedo suspender las llamadas y los mensajes de texto automáticos en cualquier momento llamando al programa ZEPOSIA 360 Support al 1-833-ZEPOSIA (833-937-6742). Otra manera de suspender los mensajes de texto es enviando el mensaje "PARE" al número de teléfono del que recibí los mensajes. Para obtener ayuda, puedo enviar el mensaje "AYUDA" al número de teléfono del que recibí los mensajes.

Se debe entregar una copia de ambas páginas de este formulario al paciente o a su representante luego de haberlo firmado.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE COPAGO DE ZEPOSIA

1. El Programa de Copago de ZEPOSIA es válido solo para pacientes con seguro comercial (privado). El Programa incluye una oferta de beneficio de receta para los costos cubiertos por el paciente y un beneficio de evaluación médica para los costos cubiertos por el paciente para las pruebas de sangre iniciales, el examen de ECG y la prueba de la vista en los que el seguro del paciente no cubre el costo total.
2. Los pacientes no son elegibles para la oferta de beneficio de receta si tienen cobertura de seguro de receta a través de un programa estatal o federal de cuidado de la salud, que incluye, pero no se limita a Medicare, Medicaid, MediGap, CHAMPUS, TRICARE, Asuntos de Veteranos (AV), o programas del Departamento de Defensa (DD). Los pacientes no son elegibles para la oferta de beneficio de evaluación médica si tienen cobertura de seguro para su receta o evaluación médica a través de un programa estatal o federal de cuidado de salud, o viven en Massachusetts, Michigan, Minnesota o Rhode Island. Los pacientes que cambien de planes comerciales a programas estatales o federales de cuidado de la salud ya no serán elegibles.
3. El paciente tiene que tener 18 años de edad o más.
4. Los pacientes pagan tan poco como \$0 en costos cubiertos por ellos por receta, sujeto a un beneficio máximo de \$18,000 durante un año calendario. Los pacientes pagan tan poco como \$0 en costos cubiertos por ellos por la evaluación médica, sujeto a un beneficio máximo de \$2,000. Los pacientes son responsables por cualquier costo que sobrepase las cantidades máximas.
5. 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. Este beneficio está disponible sin obligación para continuar con la terapia de ZEPOSIA.
6. El Programa expira el 31 de diciembre de 2021.
7. Todos los pagos del Programa son solo para el beneficio del paciente.
8. Los pacientes, farmacéuticos y personal que receta no pueden buscar reembolso del seguro de salud, ahorros de salud o cuentas de gastos flexibles ni de ningún tercero para ninguna parte del beneficio de receta o evaluación médica recibido por el paciente a través de este Programa.
9. La aceptación de un paciente de cualquier beneficio del Programa confirma que es compatible con el seguro del paciente y que el paciente informará el valor recibido según lo requiera su proveedor de seguro.
10. El Programa solo es válido en los Estados Unidos y Puerto Rico. No es válido donde lo prohíba la ley, sea tributable, o esté restringido.
11. El Programa no puede ser combinado con ninguna otra oferta, rebaja, cupón o prueba gratis.
12. El Programa no está condicionado a ninguna compra pasada, presente o futura, incluidas las repeticiones.
13. El Programa no es un seguro.
14. Bristol-Myers Squibb Company se reserva el derecho de anular, revocar o enmendar este Programa en cualquier momento sin aviso previo.