

Estimado beneficiario:

Nos es grato contactarnos con Ud. para informarle que a partir de la fecha, todos los pacientes con patologías crónicas gozarán del 70% de descuento de los medicamentos prescritos por droga genérica sin necesidad de autorización previa. Los medicamentos involucrados son los que detalla la Superintendencia de Servicios de Salud en la Resolución 310/04 M.S., Resolución 758/04 M.S. y Resolución 82/05 M.S. Y A. El descuento será efectuado directamente en las farmacias adheridas a William Hope al momento de su adquisición. **Para alcanzar este beneficio deberán informar de su condición de crónico a la Obra Social enviando completo el formulario con la firma del médico tratante.**

Podrá hacerlo llegar por mail a obrasocial@whope.com.ar con copia a autorizaciones@whope.com.ar, indicando en el asunto **PATOLOGÍAS CRONICAS**, por correo o personalmente en Av. Córdoba 1345 piso 5ºA CPA: C1055AAD en el sector de Departamento Médico o por fax al 4815-0747 int. 146.

Para vuestro conocimiento las patologías con cobertura del 70% son las siguientes:

MARQUE CON UNA X LA PATOLOGÍA QUE PADECE Y LA MEDICACIÓN INDICADA

| PATOLOGÍA | MEDICACIÓN | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial esencial | |
| <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial secundaria | |
| <input type="checkbox"/> | Insuficiencia cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> | Arritmias | |
| <input type="checkbox"/> | Terapéutica antiagregante | |
| <input type="checkbox"/> | Prevención primaria de la Cardiopatía Isquémica | |
| <input type="checkbox"/> | Asma Bronquial | |
| <input type="checkbox"/> | Fibrosis Pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> | Epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> | Trastorno Bipolar | |
| <input type="checkbox"/> | Psicosis Orgánicas | |
| <input type="checkbox"/> | Gota crónica | |
| <input type="checkbox"/> | Glaucoma | |
| <input type="checkbox"/> | Hipertiroidismo | |
| <input type="checkbox"/> | Hipotiroidismo | |
| <input type="checkbox"/> | Dislipemias | |

Nombre y Apellido: _____ N° de Afiliado: _____

F.DE NAC.: _____ Tipo y N° DOC: DNI/LC/LE/ PAS (Tache lo que no corresponde)

Sexo: F ó M _____ Mail.: _____

Fecha: _____ Firma y Sello del Médico tratante/ cabecera: _____

Domicilio del consultorio: _____ Tel del consultorio: _____ Mail.: _____

Si lo considera necesario la auditoría médica de la obra social podrá solicitar acompañar resumen de historia clínica adicional u otra información.

Obra Social E. William Hope
Personería Jurídica - Resol. IGJ N° 0084 del 24/03/1972
Reg. Nac. N° 4-0190-2 del 01/11/1980

Servicio Telefónico gratuito de la Superintendencia de Servicios de Salud: 0-800-222-SALUD (72583)-www.sssalud.gov.ar -R.N.O.S Hope N°4 -0190-2