



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Informe

Número:

Referencia: ANEXO I

ANEXO I

ADENDA AL CONVENIO MARCO - COMPROMISO DE TRABAJO PERIÓDICO

Entre el AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD DE LA NACIÓN, representada en este acto por el señor Director Ejecutivo _____, con domicilio en Hipólito Yrigoyen 1447 8 piso, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominado “LA ANDIS”, por una parte y el Gobierno de la provincia de _____, representado a los efectos del presente por _____, en su carácter de _____, con domicilio en _____, en adelante denominado “LA PROVINCIA”, se procede a suscribir la presente ADENDA AL CONVENIO MARCO - COMPROMISO DE TRABAJO PERIÓDICO sujeto a las siguientes Cláusulas: -----

PRIMERA: La presente Adenda tiene por objeto: i) Formalizar la continuidad de la vigencia del Convenio Marco oportunamente aprobado a través del IF-2018-20213025-APN-DNASS#AND —Resolución ANDIS N° 218/18—, y su modificatoria mediante IF-2018-59715443-APN-DNASS#AND —Resolución ANDIS N° 453/18—; ii) Formalizar la continuidad de la vigencia del Compromiso de Trabajo Periódico oportunamente aprobado a través del IF-2018-20305491-APN-DNASS#AND —Resolución ANDIS N° 218/18—, actualizado mediante IF-2018-59715443-APN-DNASS#AND —Resolución ANDIS N° 453/18—; iii) Modificar la Cláusula Novena, apartado primero del referido Convenio Marco; iv) Sustituir el Anexo I -Cobertura de patologías de alto costo y baja incidencia y elementos de tecnología biomédica- que formó parte integrante del último Compromiso de Trabajo Periódico suscripto; v) Modificar la Cláusula Tercera, apartado b) del último Compromiso de Trabajo Periódico suscripto; y vi) Actualizar el monto de la cápita unitaria y extra cápita por beneficiario y según jurisdicción provincial que adhiere al Programa Federal de Salud “INCLUIR SALUD”. -----

SEGUNDA: Dase continuidad a la vigencia del Convenio Marco, por el término de DOCE (12) meses contados a

partir del 1° de enero de 2020, con vencimiento el 31 de diciembre de 2020. -----

Estipúlese que, una vez acaecido el plazo de vencimiento, los términos del Convenio Marco resultarán automáticamente renovados por DOCE (12) meses, y sin necesidad de notificación fehaciente, salvo que alguna de las partes exprese formalmente y por escrito su intención de no proceder a su renovación, en cuyo caso dicha circunstancia deberá ser notificada a la otra parte con una antelación no inferior a SESENTA (60) días corridos de la fecha de vencimiento. -----

TERCERA: Dase continuidad a la vigencia del Compromiso Periódico de Trabajo, por el término de DOCE (12) meses contados a partir del 1° de enero de 2020, con vencimiento el 31 de diciembre de 2020. -----

Estipúlese que, una vez acaecido el plazo de vencimiento, los términos del Compromiso de Trabajo Periódico resultarán automáticamente renovados por igual plazo, y sin necesidad de notificación fehaciente, salvo que alguna de las partes exprese formalmente y por escrito su intención de no proceder a su renovación, en cuyo caso dicha circunstancia deberá ser notificada a la otra parte con una antelación no inferior a SESENTA (60) días corridos de la fecha de vencimiento. -----

CUARTA: Modifíquese la Cláusula Novena, apartado primero del Convenio Marco, que quedará redactada de la siguiente manera: -----

“9.1. “DE LAS PRESTACIONES DE BAJA INCIDENCIA Y ALTO COSTO (PACBI)”. Con la finalidad de garantizar un financiamiento justo, eficiente y equitativo que permita el acceso efectivo a los beneficiarios del programa respecto de las prestaciones de baja incidencia y alto impacto económico (PACBI), detalladas en el Reglamento Operativo y el Compromiso de Trabajo Periódico, que incluye medicamentos, insumos y productos de tecnología médica, serán canalizados como fuera de cápita según lo establecido en el Reglamento Operativo”. -----

QUINTA: Sustitúyase el texto del Anexo I -Cobertura de patologías de alto costo y baja incidencia y elementos de tecnología biomédica- del último Compromiso de Trabajo Periódico suscrito por el siguiente: -----

“ANEXO I:

COBERTURA DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA Y ELEMENTOS DE TEGNOLOGIA BIOMEDICA.

MEDICAMENTOS FUERA DE CÁPITA. Los medicamentos incluidos en el listado fuera de cápita solo serán reconocidos y aprovisionados a LA PROVINCIA que los demande por su nombre genérico, conforme cotización de precios al valor del nomenclador establecido por la DNASS en el Reglamento Operativo.

PRINCIPIO ACTIVO

PRESENTACIÓN

DNASA

2.5mg Iny. Amp. X 6

TOBRAMICINA INHALATORIA

Inhalador x 5 Polvo seco Caps. Duras x 224

<i>TOBRAMICINA INHALATORIA</i>	<i>Liof. 300mg /5ml Inhal. Sol. F.Amp. Monodosis x 56</i>
<i>TOBRAMICINA INHALATORIA</i>	<i>Liof. 300mg /5ml Inhal. Sol. F.Amp. Monodosis x 28</i>
<i>TOBRAMICINA INHALATORIA</i>	<i>300mg /5ml Amp. X 56</i>
<i>ATALUREN</i>	<i>125 MG granulado sachet x 30</i>
<i>ATALUREN</i>	<i>250 MG granulado sachet x 30</i>
<i>INTERFERON BETA 1 A INTRAMUSCULAR</i>	<i>30mcg /0.5ml Iny. Sol. X 4 Cart.Precarg.</i>
<i>INTERFERON BETA 1 A</i>	<i>22mcg Jer. Prell. X 12 x 0.5ml</i>
<i>INTERFERON BETA 1 A</i>	<i>44mcg Jer. Prell. X 12 x 0.5ml</i>
<i>INTERFERON BETA 1 A</i>	<i>22mcg Cart. Multidosis x 3 Dosis</i>
<i>INTERFERON BETA 1 A</i>	<i>44mcg Cart. Multidosis x 3 Dosis</i>
<i>INTERFERON BETA 1B</i>	<i>15 Emp. Individ.+Prell.+ 1 Adap. c/Ag +2 Toall.c/alch</i>
<i>ACETATO DE GLATIRAMER</i>	<i>20mg Iny. Sol. Jer. Prell. X 28</i>
<i>ACETATO DE GLATIRAMER</i>	<i>40mg /ml Jer. Prell. X 12</i>
<i>FINGOLIMOD</i>	<i>0.5mg Caps. Duras x 28</i>
<i>TERIFLUNOMIDA</i>	<i>14mg Comp. Rec. X 28</i>
<i>DIMETILFUMARATO</i>	<i>120mg Caps. Duras x 14</i>
<i>DIMETILFUMARATO</i>	<i>240mg Caps. Duras x 56</i>
<i>DIMETILFUMARATO</i>	<i>240mg Caps. X 60</i>

<i>NATALIZUMAB</i>	<i>Sol. Inf. IV Vial x 1 x 15ml</i>
<i>ALEMTUZUMAB</i>	<i>Vial 12 mg</i>
<i>MACITENTAN</i>	<i>10mg Comp. X 30</i>
<i>AMBRISENTAN</i>	<i>10mg Comp. X 30</i>
<i>AMBRISENTAN</i>	<i>5mg Comp. X 30</i>
<i>ILOPROST</i>	<i>10mcg /ml Amp. X 30 x 2ml</i>
<i>BOSENTAN</i>	<i>125mg Comp. X 56</i>
<i>BOSENTAN</i>	<i>62.5mg Comp. X 56</i>
<i>BOSENTAN</i>	<i>125mg Comp. Ran. X 60</i>
<i>BOSENTAN</i>	<i>62.5mg Env. X 60</i>
<i>BOSENTAN</i>	<i>125mg Comp. Rec. X 60</i>
<i>TREPROSTINIL SUBCUTANEO</i>	<i>0.6mg /ml Amp. X 28 + Kit de Inicio</i>
<i>TREPROSTINIL SUBCUTANEO</i>	<i>0.6mg /ml Amp. X 28 + Kit de Repos.</i>
<i>TREPROSTINIL ENDOVENOSO</i>	<i>10mg /ml Fco. X 20ml</i>
<i>TREPROSTINIL ENDOVENOSO</i>	<i>1mg /ml Fco. X 20ml</i>
<i>TREPROSTINIL ENDOVENOSO</i>	<i>2.5mg /ml Fco. X 20ml</i>
<i>TREPROSTINIL ENDOVENOSO</i>	<i>5mg /ml Fco. X 20ml</i>
<i>SOMATOTROFINA</i>	<i>12mg (8 mg/ml) Iny. Sol.</i>

<i>SOMATOTROFINA</i>	<i>6mg 5,83mg/ml Iny. Sol.</i>
<i>SOMATOTROFINA</i>	<i>16UI 5.3mg Cartuchos Amp. X 1</i>
<i>SOMATOTROFINA</i>	<i>36UI 12mg Cartuchos Amp. X 1</i>
<i>SOMATOTROFINA</i>	<i>Liof. 12UI Amp. X 1 + 1 Amp. Solv.</i>
<i>SOMATOTROFINA</i>	<i>18UI Cart. Amp. (6mg)</i>
<i>ETANERCEPT</i>	<i>50mg Auto- inyector x 4</i>
<i>ETANERCEPT</i>	<i>25mg Jer. Prell. X 4</i>
<i>ETANERCEPT</i>	<i>50mg Jer. Prell. X 4</i>
<i>ETANERCEPT</i>	<i>Liof. 25mg Polvo Vial x 4</i>
<i>INFLIXIMAB</i>	<i>Liof. 100mg PolvoF.Amp. x 1</i>
<i>IMATINIB</i>	<i>100mg Comp. Rec. X 180</i>
<i>IMATINIB</i>	<i>100mg Comp. X 60</i>
<i>IMATINIB</i>	<i>400mg Comp. Rec. X 30</i>
<i>RITUXIMAB</i>	<i>100mg /10ml F.Amp. x 2</i>
<i>RITUXIMAB</i>	<i>500mg /50ml F.Amp. x 1</i>
<i>RITUXIMAB</i>	<i>1400mg Vial x 1 x 11.7ml</i>
<i>ABATACEPT</i>	<i>125mg SC Iny Jer. Prell. X 4</i>
<i>ABATACEPT</i>	<i>250mg Iny. Vial x 1</i>

<i>ADALIMUMAB</i>	<i>40mg /0,8ml Iny. Jer. Prell. X 2</i>
<i>ADALIMUMAB</i>	<i>PEN 40mg /0,8ml Jer. Prell. X 2</i>
<i>ADALIMUMAB</i>	<i>40mg /0.4ml Env. X 2 Lap. Autoiny.</i>
<i>ADALIMUMAB</i>	<i>40mg Caja x 2 x 1 vial+jer+aguja</i>
<i>BEVACIZUMAB</i>	<i>100mg /4ml Amp. X 1</i>
<i>BEVACIZUMAB</i>	<i>400mg /16ml Amp. X 1</i>
<i>CETUXIMAB</i>	<i>5mg /ml Vial x 100ml</i>
<i>CETUXIMAB</i>	<i>5mg /ml Vial x 20ml</i>
<i>DASATINIB</i>	<i>100mg Comp. Rec. X 30</i>
<i>DASATINIB</i>	<i>20mg Comp. Rec. X 60</i>
<i>DASATINIB</i>	<i>50mg Comp. Rec. X 60</i>
<i>DASATINIB</i>	<i>70mg Comp. Rec. X 60</i>
<i>ERLOTINIB</i>	<i>100mg Comp. Rec. X 30</i>
<i>ERLOTINIB</i>	<i>150mg Comp. Rec. X 30</i>
<i>ERLOTINIB</i>	<i>25mg Comp. Rec. X 30</i>
<i>SORAFENIB</i>	<i>200mg Comp. X 112</i>
<i>SUNITINIB</i>	<i>12.5mg Caps. X 28</i>
<i>SUNITINIB</i>	<i>25mg Caps. X 28</i>

<i>SUNITINIB</i>	<i>50mg Caps. X 28</i>
<i>TRASTUZUMAB</i>	<i>Liof. 440mg /50ml F.Amp. x 1</i>
<i>TRASTUZUMAB SUBCUTANEO</i>	<i>600mg /5ml SC Iny Vial x 1</i>
<i>TRASTUZUMAB-EMTANSINE</i>	<i>100mg Vial x 1</i>
<i>TRASTUZUMAB-EMTANSINE</i>	<i>160mg Vial x 1</i>
<i>TRASTUZUMAB/PERTUZUMAB</i>	<i>420mg /14ml Vial x 1 + Vial de 440mg</i>
<i>TEMSIROLIMUS</i>	<i>25 mg/ml sol iny</i>
<i>GEFITINIB</i>	<i>250mg Comp. Rec. X 30</i>
<i>LAPATINIB</i>	<i>250mg Comp. Rec. X 140</i>
<i>NILOTINIB</i>	<i>150mg Caps. X 120</i>
<i>NILOTINIB</i>	<i>200mg Caps. X 120</i>
<i>ECULIZUMAB</i>	<i>300 mg. Vial</i>
<i>TOCILIZUMAB</i>	<i>200mg /10ml F.Amp. x 1</i>
<i>TOCILIZUMAB</i>	<i>400mg /20ml F.Amp. x 1</i>
<i>TOCILIZUMAB</i>	<i>80mg /4ml F.Amp. x 1</i>
<i>TOCILIZUMAB</i>	<i>162mg /0.9ml Jer. Prell. X 4</i>
<i>TOFACITINIB</i>	<i>5 mg, compr x 60</i>
<i>TOFACITINIB</i>	<i>11mg Tab. X 30</i>

<i>CERTOLIZUMAB</i>	<i>jeringas prellenadas x 2</i>
<i>EVEROLIMUS ONCOLÓGICA)</i>	<i>(INDICACIÓN 10mg Comp. X 30</i>
<i>EVEROLIMUS ONCOLÓGICA)</i>	<i>(INDICACIÓN 2.5mg Comp. X 30</i>
<i>EVEROLIMUS ONCOLÓGICA)</i>	<i>(INDICACIÓN 5mg Comp. X 30</i>
<i>EVEROLIMUS ONCOLÓGICA)</i>	<i>(INDICACIÓN 0.25mg Comp. X 60</i>
<i>EVEROLIMUS ONCOLÓGICA)</i>	<i>(INDICACIÓN 0.5mg Comp. X 60</i>
<i>EVEROLIMUS ONCOLÓGICA)</i>	<i>(INDICACIÓN 0.75mg Comp. X 60</i>
<i>BORTEZOMIB</i>	<i>Liof. 3.5mg Iny. Vial x 1</i>
<i>CISTEAMINA</i>	<i>50 MG CAPS X 100</i>
<i>ACETATO DE ICATIBANT</i>	<i>30 MG, JERINGA</i>
<i>REGORAFENIB</i>	<i>40 MG, TABLETAS X 3 X 28</i>
<i>IXABEPILONA</i>	<i>15mg /8ml F.Amp. x 1</i>
<i>IXABEPILONA</i>	<i>45mg /23.5ml F.Amp. x 1</i>
<i>AXITINIB</i>	<i>1mg Comp. Rec. X 56</i>
<i>AXITINIB</i>	<i>5mg Comp. Rec. X 56</i>
<i>PIRFENIDONA</i>	<i>267 Caps. X 270</i>

<i>PIRFENIDONA</i>	<i>200mg Comp. X 200</i>
<i>PIRFENIDONA</i>	<i>200mg Comp. X 360</i>
<i>BELIMUMAB</i>	<i>120mg IV Iny Polvo Vial x 1</i>
<i>BELIMUMAB</i>	<i>400mg IV Iny Polvo Vial x 1</i>
<i>USTEKINUMAB</i>	<i>45mg /0.5ml Jer. Prell. X 1</i>
<i>USTEKINUMAB</i>	<i>45mg /0.5ml Vial x 1</i>
<i>NITISINONA</i>	<i>10 MG X 60 CAPS</i>
<i>BRENTUXIMAB</i>	<i>50mg Vial x 1</i>
<i>LENALIDOMIDA</i>	<i>10mg Caps. X 21</i>
<i>LENALIDOMIDA</i>	<i>15mg Caps. X 21</i>
<i>LENALIDOMIDA</i>	<i>25mg Caps. X 21</i>
<i>LENALIDOMIDA</i>	<i>5mg Caps. X 21</i>
<i>PEGVISOMANT</i>	<i>Liof. 10mg Iny. F.Amp. x 30</i>
<i>PEGVISOMANT</i>	<i>Liof. 15mg Iny. F.Amp. x 30</i>
<i>OFATUMUMAB</i>	<i>1000mg Vial x 1 x 50ml</i>
<i>OFATUMUMAB</i>	<i>100mg Vial x 3 x 5ml</i>
<i>IPILIMUMAB</i>	<i>200mg /40ml Vial x 1</i>
<i>IPILIMUMAB</i>	<i>50mg /10ml Vial x 1</i>

<i>PAZOPANIB</i>	<i>200mg Comp. X 30</i>
<i>PAZOPANIB</i>	<i>400mg Comp. X 30</i>
<i>CARFILZOMIB</i>	<i>Liof. 60mg F.Amp. Polvo</i>
<i>TEMOZOLAMIDA</i>	<i>100 mg caps x 21</i>
<i>CLOFARABINA</i>	<i>20mg F.Amp. x 20ml</i>
<i>CLOFARABINA</i>	<i>20mg F.Amp. x 1 x 20ml</i>
<i>CLOFARABINA</i>	<i>20mg F.Amp. x 4 x 20ml</i>
<i>PALBOCICLIB</i>	<i>100mg Caps. X 21</i>
<i>PALBOCICLIB</i>	<i>125mg Caps. X 21</i>
<i>PALBOCICLIB</i>	<i>75mg Caps. X 21</i>
<i>RUXOLITINIB</i>	<i>10mg Comp. X 60</i>
<i>RUXOLITINIB</i>	<i>15mg Comp. X 60</i>
<i>RUXOLITINIB</i>	<i>20mg Comp. X 60</i>
<i>RUXOLITINIB</i>	<i>5mg Comp. X 60</i>
<i>LARONIDASA ALFA</i>	<i>X VIAL 100U/ML 1 VIAL 5ML</i>
<i>GASULFASA ALFA</i>	<i>X VIAL 1 MG / ML</i>
<i>ELOSULFASE ALFA</i>	<i>VIAL 5 mg/5 ml</i>
<i>VELAGLUCERASA ALFA</i>	<i>vial 200 ui</i>

<i>IMIGLUCERASA</i>	<i>VIAL 400 U 1 VIAL 5 ML</i>
<i>AGALSIDASA ALFA</i>	<i>3.5 MG VIAL</i>
<i>AGALSIDASA BETA</i>	<i>AMP 35 MG</i>
<i>AGALSIDASA BETA</i>	<i>AMP 5 MG</i>
<i>MIGLUSTAT</i>	<i>100mg Caps. X 90</i>
<i>ALGLUCOSIDASA ALFA</i>	<i>VIAL 50 MG</i>
<i>IDURSULFASA</i>	<i>X VIAL DE 3 ML</i>
<i>ACIDO QUENODEOXICOLICO</i>	<i>250 MG COMP X 100</i>
<i>VISMODEGIB</i>	<i>150mg Caps. x 28</i>
<i>BENDAMUSTINA</i>	<i>Liof. 100mg Iny. Polvo</i>
<i>BENDAMUSTINA</i>	<i>Liof. 25mg Iny. Polvo</i>
<i>BENDAMUSTINA</i>	<i>100mg F.Amp. x 1</i>
<i>BENDAMUSTINA</i>	<i>25mg F.Amp. x 1</i>
<i>BENDAMUSTINA</i>	<i>100mg F.Amp. x 1</i>
<i>BENDAMUSTINA</i>	<i>25mg F.Amp. x 1</i>
<i>PERTUZUMAB</i>	<i>420mg /14ml Env. x 1</i>
<i>PERTUZUMAB</i>	<i>420mg /14ml Vial x 1 + Vial de 440mg</i>
<i>ENZALUTAMIDA</i>	<i>40mg Caps. Blandas x 120</i>

<i>VALGANCICLOVIR</i>	<i>450mg Comp. Rec. x 60</i>
<i>TRAMETINIB</i>	<i>0.5mg Comp. x 30</i>
<i>TRAMETINIB</i>	<i>2mg Comp. x 30</i>
<i>DEFERASIROX</i>	<i>125mg Comp. Dispers. x 28</i>
<i>DEFERASIROX</i>	<i>250mg Comp. Dispers. x 28</i>
<i>DEFERASIROX</i>	<i>500mg Comp. Dispers. x 28</i>
<i>CANAKINUMAB</i>	<i>Vial Vidrio Inc x 1 x 6ml</i>
<i>IBRUTINIB</i>	<i>140mg Caps. x 90</i>
<i>IBRUTINIB</i>	<i>140mg Caps. x 120</i>
<i>ENZALUTAMIDA</i>	<i>40mg Caps. Blandas x 120</i>
<i>NINTEDANIB</i>	<i>100mg Caps. x 60</i>
<i>NINTEDANIB</i>	<i>150mg Caps. x 60</i>
<i>NINTEDANIB</i>	<i>100mg Caps. x 120</i>
<i>LUMACAF TOR/IVACAF TOR</i>	<i>200mg /125mg Comp. Rec. x 120</i>
<i>BEXAROTENO</i>	<i>75mg Caps. x 100</i>
<i>IVACAF TOR</i>	<i>150mg Comp. Rec. x 60</i>
<i>TRAMETINIB</i>	<i>2mg Comp. x 30</i>
<i>TRAMETINIB</i>	<i>0.5mg Comp. x 30</i>

<i>PEMBROLIZUMAB</i>	<i>100mg Vial x 1 x 4ml</i>
<i>IPILIMUMAB</i>	<i>50mg /10ml Vial x 1</i>
<i>ACETATO DE ABIRATERONA</i>	<i>250mg Comp. x 120</i>
<i>GOLIMUMAB</i>	<i>50mg IV Iny Vial x 1 x 4ml</i>
<i>GOLIMUMAB</i>	<i>50mg Jer. Prell. x 1</i>
<i>GOLIMUMAB</i>	<i>Autoinyector 100mg Env. x 1</i>
<i>GOLIMUMAB</i>	<i>Autoinyector 50mg Env. x 1</i>
<i>NIVOLUMAB</i>	<i>40mg /4ml IV Iny Sol.</i>
<i>NIVOLUMAB</i>	<i>100mg /10ml IV Iny Sol.</i>
<i>DABRAFENIB</i>	<i>75mg Caps. Duras x 28</i>
<i>DABRAFENIB</i>	<i>75mg Caps. Duras x 120</i>
<i>DABRAFENIB</i>	<i>50mg Caps. Duras x 28</i>
<i>PANITUMUMAB</i>	<i>100mg F.Amp. x 1 x 5ml</i>
<i>SECUKINUMAB</i>	<i>150mg /1ml Autoiny. x 1</i>
<i>SECUKINUMAB</i>	<i>150mg /1ml Autoinyect x 2</i>
<i>ELTROMBOPAG</i>	<i>25mg Comp. x 28</i>
<i>FAMPRIDINA</i>	<i>LP 10mg Comp. x 56</i>
<i>FAMPRIDINA</i>	<i>LP 10mg Comp. x 28</i>

<i>DENOSUMAB (ONCOLOGICA)</i>	<i>INDICACION 60mg /ml Jer. Prell. x 1</i>
<i>EPOPROSTENOL</i>	<i>Amp. x 1 x 1.5mg</i>
<i>EPOPROSTENOL</i>	<i>Amp. x 1 x 0.5mg</i>
<i>OMALIZUMAB</i>	<i>Liof. 150mg Polvo F.Amp. x 1 + Amp. c/dil.</i>
<i>OMALIZUMAB</i>	<i>150mg /ml Jer. Prell. x 1</i>
<i>RILUZOL</i>	<i>50mg Comp. Rec. x 60</i>
<i>FACTOR IX</i>	<i>Frasco ampolla por 1000</i>
<i>FACTOR IX</i>	<i>Frasco ampolla por 600</i>
<i>FACTOR IX RECOMBINANTE</i>	<i>Frasco ampolla por 1000</i>
<i>FACTOR VIIA RECOMBINANTE (RHFVIIA)</i>	<i>Frasco Ampolla 5 mg.</i>
<i>FACTOR VIII</i>	<i>Frasco ampolla por 1000</i>
<i>FACTOR VIII RECOMBINANTE</i>	<i>Frasco ampolla por 500</i>

SEXTA: Modifíquese la Cláusula Tercera, apartado b) del Compromiso de Trabajo Periódico que quedará íntegramente redactada de la siguiente manera:

”(b) La adquisición de prestaciones de Alto Costo y Baja Incidencia –PACBI– Fuera de Cápita, detalladas en el Anexo I del presente Compromiso de Trabajo y conforme lo establecido en el Reglamento Operativo”. -----

SÉPTIMA: Actualícese el monto de la cápita básica y extra cápita por cada beneficiario que se encuentre inscripto en su Padrón, que tiene por objeto cubrir el acceso a los medicamentos y a las prestaciones de salud derivadas del Programa Médico Obligatorio. -----

El monto de esta cápita básica y extra cápita se fija en la suma de PESOS _____

(\$ _____, _____) por beneficiario por mes, a partir de la fecha de suscripción del presente instrumento. -----

OCTAVA: Se hace saber que no obstante la formalización de la continuidad de la vigencia de los documentos oportunamente suscriptos y la actualización dispuesta en la presente, los términos de las demás Cláusulas emanadas del Convenio Marco y Compromiso de Trabajo aprobados mantienen plena vigencia y eficacia, en relación a los derechos y obligaciones de las partes. -----

NOVENA: Las partes establecen como domicilios válidos a los efectos de todas las notificaciones que deban realizarse en virtud de la ejecución tanto del Convenio Marco como del Compromiso de Trabajo Periódico, las indicadas a continuación: -----

-MINISTERIO DE SALUD DE _____ . --

Domicilio en _____ y/o en el correo electrónico _____ . -----

-AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD DE LA NACIÓN. -----

Hipólito Yrigoyen 1447, 8ºPiso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y /o en el correo electrónico _____ . -----

En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los _____ días del mes de _____ del año 2020.-----
