

San Salvador de Jujuy, de de 20.... -

SRA. PRESIDENTE

C.A.P.S.A.P.

DRA. MARIA DEL HUERTO GAMARRA DE VARGAS DURAN

SU DESPACHO:

NOTA SOLICITUD DE:

Marcar con X según corresponda

ALTA CONTINUIDAD

BAJA TOTAL BAJA PARCIAL CONYUGE BAJA PARCIAL HIJO/S

OTROS

Datos familiar (Nombre y Apellido, DNI):

.....
Fecha de vigencia de BAJA: Mes..... Año: 20....-

Por medio de la presente me dirijo a Ud. y por su digno intermedio a quien corresponda, a efectos de solicitar proceda el trámite indicado precedentemente, correspondiente al Servicio de Salud contratado a través de C.A.P.S.A.P.

Cabe mencionar que conozco y acepto las disposiciones que rigen este beneficio según Resolución 74/2020 y Resolución 160/2020, optando por este medio a la prestadora (*marcar con X la que corresponda*):

ISJ SWISS MEDICAL SANCOR SALUD OSDE BRAMED, una vez cumplimentado los trámites de rigor ante la institución que Ud. tan dignamente preside.

En relación al trámite solicitado adjunto documentación (marcar con X): SI NO

Así mismo declaro conocer y aceptar que la C.A.P.S.A.P. actúa únicamente como intermediaria, recaudadora y pagadora del servicio de salud, no existiendo otras obligaciones y responsabilidades a su cargo.

Sin más que agregar me despido.

Atentamente.

.....
.....
Firma y aclaración del Titular
MP:..... DNI:.....
Cel:.....

FORMAS EN LAS QUE PROcede LA VIGENCIA DE LOS PERIODOS DE BAJAS SOLICITADOS:

1. **ISJ** – solicitud de baja total y/o parcial grupo familiar, podrá presentar nota hasta el día 20 de cada mes, procediendo baja para el periodo posterior inmediato.
2. **SANCOR SALUD** - solicitud de baja total y/o parcial grupo familiar, podrá presentar nota hasta el día 20 de cada mes, procediendo baja para el periodo posterior inmediato.
3. **BRAMED** - solicitud de baja total y/o parcial grupo familiar, podrá presentar nota hasta el día 20 de cada mes, procediendo baja para el periodo posterior inmediato. Además, deberá concurrir a las oficinas de BRAMED (calle San Martín 1.085) y ratificar el pedido de baja.
4. **SWISS MEDICAL** - solicitud de baja total y/o parcial grupo familiar, podrá presentar nota hasta el día 10 de cada mes, procediendo baja para el periodo en curso.
5. **OSDE** - solicitud de baja total y/o parcial grupo familiar, podrá presentar nota y enviar e-mail en cualquier fecha, OSDE factura a mes vencido, procediendo la baja en forma proporcional a los días corridos hasta que opere la baja.