



Lista de Precios



Vigencia 01/2025

		Valor
Valor Plan Medico		\$ 227.292,72
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$ 75.006,60
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$ 104.554,65
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$ 131.829,78
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$ 168.196,61
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$ 195.471,74
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$ 227.292,72
1º Hijo	0 a 21 años	\$ 59.958,02
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$ 52.540,92
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$ 74.995,06

Se adicionará el 10,5% de IVA a los afiliados Adherentes

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20____

Habiendo sido informado ampliamente sobre los servicios y prestaciones cubiertas por el plan contratado con la Obra Social Unión Personal de la Unión Civil de la Nación, confirmo la recepción de la cartilla y de la lista de precios y bonificaciones del plan elegido.

Firma del titular

Aclaración de la firma

Tipo y Nro. Documento