

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