

Lista de Precios



		Vigencia 03/2025	
		Valor	
Valor Plan Medico		\$	288.307,24
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$	95.141,39
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$	132.621,33
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$	167.218,20
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$	213.347,36
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$	247.944,23
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$	288.307,24
1º Hijo	0 a 21 años	\$	76.104,80
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$	66.598,41
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$	95.191,31

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