

Lista de Precios



		Vigencia 10/2024	
		Valor	
Valor Plan Medico		\$	309.504,04
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$	102.136,33
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$	142.371,86
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$	179.512,35
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$	229.032,99
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$	266.173,48
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$	309.504,04
1º Hijo	0 a 21 años	\$	81.759,16
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$	71.465,17
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$	102.174,49

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