

Lista de Precios



			Vigencia 07/2025	
			Valor	
Valor Plan Medico			\$	399.669,95
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%		\$	131.891,08
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%		\$	183.848,17
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%		\$	231.808,57
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%		\$	295.755,76
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%		\$	343.716,15
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%		\$	399.669,95
1º Hijo	0 a 21 años		\$	105.577,55
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años		\$	92.284,68
Hijo Mayor	22 a 29 años		\$	131.940,35

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