



Lista de Precios



		Vigencia 10/2024	
		Valor	
Valor Plan Medico		\$	206.305,34
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$	68.080,76
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$	94.900,45
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$	119.657,09
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$	152.665,95
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$	177.422,59
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$	206.305,34
1º Hijo	0 a 21 años	\$	54.421,71
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$	47.689,48
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$	68.070,29

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