

Lista de Precios



Vigencia 10/2024

		Valor
Valor Plan Medico		\$ 371.400,25
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$ 122.562,08
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$ 170.844,12
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$ 215.412,15
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$ 274.836,19
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$ 319.404,22
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$ 371.400,25
1º Hijo	0 a 21 años	\$ 98.077,60
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$ 85.786,98
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$ 122.561,05

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