



Lista de Precios



Vigencia 03/2025

		Valor	
Valor Plan Medico		\$	240.199,08
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$	79.265,70
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$	110.491,58
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$	139.315,47
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$	177.747,32
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$	206.571,21
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$	240.199,08
1º Hijo	0 a 21 años	\$	63.362,61
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$	55.524,35
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$	79.253,51

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