

Lista de Precios



Vigencia 01/2025

		Valor	
Valor Plan Medico		\$	409.182,69
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$	135.030,29
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$	188.224,04
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$	237.325,96
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$	302.795,19
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$	351.897,12
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$	409.182,69
1º Hijo	0 a 21 años	\$	108.055,01
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$	94.514,06
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$	135.029,15

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