

Lista de Precios

		Vigencia 04/2024	
		Valor	c/Descuento
Valor Plan Medico		\$ 204.335,22	
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$ 67.430,62	\$ 50.572,97 (*)
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$ 93.994,20	\$ 70.495,65 (*)
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$ 118.514,43	\$ 88.885,82 (*)
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$ 151.208,06	\$ 113.406,05 (*)
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$ 175.728,29	\$ 175.728,29
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$ 204.335,22	\$ 204.335,22
1º Hijo	0 a 21 años	\$ 53.938,61	\$ 40.453,96 (*)
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$ 47.201,03	\$ 35.400,77 (*)
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$ 67.466,00	\$ 50.599,50 (*)

Se adicionará el 10.5% del Iva a los afiliados adherentes.

(*) Bonificación según detalle:

Campaña de bienvenida:

Duración: 24 meses

Descuento: 25 %

Nueva Campaña de reintegros:

Duración: 18 meses

Descuento: mes 1 a 6: 25 %

mes 7 a 12: 17%

mes 13 a 18: 9%

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