



Lista de Precios



		Vigencia 04/2024	
		Valor	c/Descuento
Valor Plan Medico		\$ 262.058,99	
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$ 86.479,47	\$ 64.859,60 (*)
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$ 120.547,13	\$ 90.410,35 (*)
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$ 151.994,21	\$ 113.995,66 (*)
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$ 193.923,65	\$ 145.442,74 (*)
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$ 225.370,73	\$ 225.370,73
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$ 262.058,99	\$ 262.058,99
1º Hijo	0 a 21 años	\$ 69.225,98	\$ 51.919,48 (*)
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$ 60.510,00	\$ 45.382,50 (*)
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$ 86.511,77	\$ 64.883,83 (*)

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 reingresos:

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