



Lista de Precios



		Vigencia 04/2024	
		Valor	c/Descuento
Valor Plan Medico		\$ 162.837,30	
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$ 53.736,31	\$ 40.302,23 (*)
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$ 74.905,16	\$ 56.178,87 (*)
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$ 94.445,63	\$ 70.834,22 (*)
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$ 120.499,60	\$ 90.374,70 (*)
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$ 140.040,07	\$ 140.040,07
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$ 162.837,30	\$ 162.837,30
1º Hijo	0 a 21 años	\$ 42.955,18	\$ 32.216,39 (*)
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$ 37.641,42	\$ 28.231,07 (*)
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$ 53.728,04	\$ 40.296,03 (*)

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