

Lista de Precios



Vigencia 12/2024

Valor

Valor Plan Medico		\$	397.457,69
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$	131.161,04
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$	182.830,54
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$	230.525,46
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$	294.118,69
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$	341.813,62
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$	397.457,69
1º Hijo	0 a 21 años	\$	104.958,73
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$	91.805,79
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$	131.159,93

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