

Lista de Precios



			Vigencia 06/2025	
			Valor	
Valor Plan Medico			\$	470.655,54
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%		\$	155.316,33
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%		\$	216.501,55
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%		\$	272.980,21
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%		\$	348.285,10
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%		\$	404.763,76
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%		\$	470.655,54
1º Hijo	0 a 21 años		\$	124.288,46
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años		\$	108.713,22
Hijo Mayor	22 a 29 años		\$	155.315,02

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