

Lista de Precios



		Vigencia 04/2024	
		Valor	c/Descuento
Valor Plan Medico		\$ 319.796,84	
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$ 105.532,96	\$ 94.979,66 (*)
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$ 147.106,54	\$ 132.395,89 (*)
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$ 185.482,16	\$ 166.933,95 (*)
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$ 236.649,66	\$ 212.984,69 (*)
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$ 275.025,28	\$ 275.025,28
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$ 319.796,84	\$ 319.796,84
1º Hijo	0 a 21 años	\$ 84.450,42	\$ 76.005,38 (*)
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$ 73.867,49	\$ 66.480,74 (*)
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$ 105.532,06	\$ 94.978,86 (*)

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

() Bonificación según detalle:*

Campaña de bienvenida:

Duración: 24 meses

Descuento: 10 %

Nueva Campaña de reingresos:

Duración: 18 meses

Descuento: mes 1 a 6: 10 %

mes 7 a 12: 7%

mes 13 a 18: 4%

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