



Lista de Precios



			Vigencia 05/2025
			Valor
Valor Plan Medico			\$ 254.566,35
Joven hasta 29 años	Bonif. 67%	\$	84.006,90
Joven de 30 a 35 años	Bonif. 54%	\$	117.100,52
Adulto de 36 a 45 años	Bonif. 42%	\$	147.648,48
Adulto de 46 a 55 años	Bonif. 26%	\$	188.379,10
Adulto de 56 a 60 años	Bonif. 14%	\$	218.927,06
Adulto mayor a 61 años	Bonif. 0%	\$	254.566,35
1º Hijo	0 a 21 años	\$	67.152,58
2º Hijo y sucesivos	0 a 21 años	\$	58.845,48
Hijo Mayor	22 a 29 años	\$	83.993,98

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