

AGREGADO II – VALOR DE LA CUOTA
(Embarazada)

Por la presente se informa a la Sra:,
DNI N°:, que el valor de la cuota fijada para su ingreso al
Régimen de Afiliación Plan 2026 es:

Cuota ordinaria (en base al rango etario y evaluación médica del riesgo realizada por la Autoridad Prestacional, según Resolución N° 107-D/19)	\$
Adicional (hasta los 30 días posteriores al parto, según Resolución N° (.....))	\$
Total (Pesos)	\$

El valor de la cuota estará sujeta a reajustes que la Obra Social disponga a futuro.

Firma:

Aclaración:

DNI: