

COBERTURA Y TARIFARIO – PRODUCTO ONCOLÓGICO

	Edad	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
U\$S 20.000	18 a 40	60	31	16	6
	41 a 45	81	42	21	7
	46 a 50	110	56	29	10
	51 a 55	144	74	37	13
	56 a 60	206	106	53	19
	61 a 65	273	141	71	25
U\$S 30.000	18 a 40	90	46	23	8
	41 a 45	122	63	32	11
	46 a 50	164	85	43	15
	51 a 55	216	111	56	20
	56 a 60	309	159	80	28
	61 a 65	410	211	107	38

- Expresado en dólares americanos