

PLAN
FAMILIA
SALUD

Un buen seguro...
Que funciona en el largo plazo,
es un buen seguro

BYNSA
CORREDORES DE SEGUROS

SEGURO DE VIDA



	PLAN 1
Seguro de Vida	Q.50,000.00
Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental (MYDA)	Q.50,000.00
Seguro Funerario Titular	Q.15,000.00



- Las 24 horas contamos con el servicio de orientación médica telefónica a través del **PBX 1797 opción 2**.
- Nuestro médico asesor podrá orientarlos en consultas básicas o coordinación de una visita domiciliar, y de ser necesario el traslado a un centro asistencial u hospital.

Todas nuestras pólizas tienen acceso al APP de [RobleRed](#) que convierte a su celular en un carnet electrónico, mejorando su experiencia.

Y..... [Telemedicina](#).

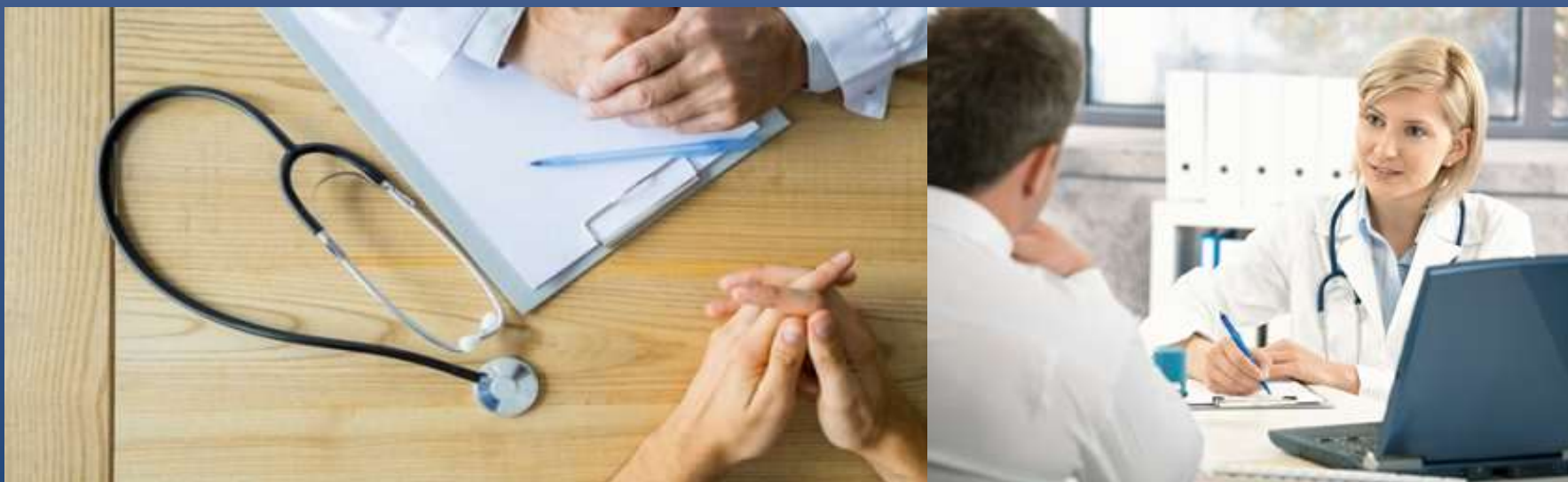
COBERTURAS Y LIMITES VITALICIOS POR ASEGURADO

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Cobertura Geográfica	MUNDIAL	MUNDIAL	MUNDIAL	MUNDIAL
	SIN PLAN DENTAL		CON PLAN DENTAL	
MAXIMO MEDICO VITALICIO	Q 3,250,000.00	Q 5,500,000.00	Q 3,250,000.00	Q 5,500,000.00
Reducción del Máximo Médico Vitalicio al cumplimiento de los 65 y 80 años	No Aplica Reducción		No Aplica Reducción	
DEDUCIBLE AÑO CALENDARIO (Por Asegurado)				
Dentro de Centroamérica	Q 1,200.00	Q 1,200.00	Q 1,200.00	Q 1,200.00
Fuera de Centroamérica (Independiente del Deducible C.A. Aplica uno por cada asegurado)	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00
REEMBOLSO APLICADO A GASTOS INCURRIDOS				
Dentro de Centroamérica	80%	80%	80%	80%
Fuera de Centroamérica Dentro de la Red	70%	70%	70%	70%
Fuera de Centroamérica Fuera de la Red	65%	65%	65%	65%

COBERTURA DE CUARTOS Y ALIMENTOS NORMAL E INTENSIVO



BENEFICIO DIARIO POR CUARTO Y ALIMENTO				
Dentro de Centroamérica	Q 1,100.00	Q 1,300.00	Q 1,100.00	Q 1,300.00
Fuera de Centroamérica	80%	80%	80%	80%
BENEFICIO DIARIO POR CUARTO INTENSIVO (Sin Límite de días)				
Dentro de Centroamérica	Q 2,000.00	Q 2,200.00	Q 2,000.00	Q 2,200.00
Fuera de Centroamérica	80%	80%	80%	80%
LÍMITE DE COASEGURO (Desembolso Máximo Año Calendario)				
Dentro de Centroamérica	Q 75,000.00	Q 75,000.00	Q 75,000.00	Q 75,000.00
Fuera de Centroamérica	\$ 25,000.00	\$ 25,000.00	\$ 25,000.00	\$ 25,000.00



COBERTURA Consulta externa **CO-PAGO Q.100.00 sin deducible**

Una red de más de 950 médicos

Desde tu app en la Roble RED.

O la puedes agendar en:



Libre elección de farmacias, cobertura por re-embolso, **después de cubrir deducible,**
al 80% del monto de la factura **sin impuestos.** (12% de IVA y 3% de timbres)

COBERTURA AMBULATORIA FARMACIAS

CO-PAGO Q.100.00 + 20%

en **FarmaValue** CO-PAGO Q.50.00 + 20%



Compra directa de medicamentos con red abierta.

NOTA: Para utilizar la Red **debes haber cubierto el deducible** anual por persona.

EN MEYKOS, GALENO, BATRES Y FAYCO

EN FARMAVALUE

Recuerda que puedes realizar tu cita desde el link [BLUEMEDICAL-BYNSA](https://bluemedical-bynsa.com).



COBERTURA EN Centros de Diagnóstico

20% en Blue Medial + Q.200.00 Copago,
20% en el resto de la Red + Q.250.00 de copago
en todos.

168 Centros de Diagnóstico donde cómodamente puede realizarse exámenes de laboratorio, rayos X, tomografías de senos paranasales, sin pre-autorización después de 12 meses de cobertura. **Para utilizar el servicio se debe cubrir el deducible.**

* NOTA: Algunos exámenes requieren ser pre-autorizados.

Casos especiales en procedimientos (gastro endoscopias, colonoscopias, resonancias magnéticas y medicamentos con fines oncológicos), el proveedor podrá en sus oficinas cobrar el 100% del deducible que tiene la póliza. Si el asegurado ya tenía cubierto un porcentaje del deducible nos debe de solicitar el reintegro por medio de una carta ya que no es posible cobrar deducibles parciales.

Otras coberturas

- Libre elección de Centros de Diagnóstico, cobertura por reembolso, **después de cubrir deducible**, al 80% del monto de la factura sin impuestos.
- (12% de IVA y 3% de timbres)

Psiquiatría, máximo año calendario (Reembolso al 50%)	Interna Q.2,000.00 Externa Q.2,000.00	Interna Q.2,000.00 Externa Q.2,000.00	Interna Q.2,000.00 Externa Q.2,000.00	Interna Q.2,000.00 Externa Q.2,000.00
Límite de Sida o el saldo que posea al momento que la enfermedad sea diagnosticada, lo que sea menor	Q 325,000.00	Q 550,000.00	Q 325,000.00	Q 550,000.00
Ayuda de Sepelio Para Dependientes	Q 10,000.00	Q 10,000.00	Q 10,000.00	Q 10,000.00
Continuidad de Cobertura para Dependientes al Deceso del Titular	1 Año	1 Año	1 Año	1 Año
Trasplante de Órganos (únicamente Receptor)	Q 2,000,000.00	Q 3,000,000.00	Q 2,000,000.00	Q 3,000,000.00
Ambulancia Terrestre	80%	80%	80%	80%
Ambulancia Aérea Dentro y Fuera de Centroamérica	\$ 25,000.00	\$ 35,000.00	\$ 25,000.00	\$ 35,000.00
Terceras molares impactadas como cirugía dentro del plan médico mayor, no como dental	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
Asistencia Médica-Roble	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
Primera Hospitalización al 100% durante el primer año de vigencia	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Chequeo Médico Preventivo por asegurado (Límite Año Calendario No aplica deducible No aplica Coaseguro)	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00
Atención Nutricional para Enfermedades Crónicas (Límite Año Calendario)	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00
Terapia Respiratoria Natural (Haloterapia Límite Año Calendario)	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00
Tratamiento para Incontinencia Urinaria	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Tratamiento para Disfunción Eréctil (Titular o cónyuge)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Medicina Alternativa (Límite Año Calendario)	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00
Repatriación de Restos Mortales	Q 25,000.00	Q 25,000.00	Q 25,000.00	Q 25,000.00
Enfermería en el hogar	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
MATERNIDAD				
De 0 a 12 meses inclusive	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
Del mes 13 en adelante	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00
Madres Solteras a partir del 13 mes	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00



COBERTURA DE **AMBULANCIA**

Servicio de ambulancia terrestre hasta el Km. 25 del perímetro de la ciudad coordinado con cabina, sin deducible y sin copago para todos los asegurados. (2 Servicios al año por núcleo familiar).

Cobertura de ambulancia aérea incluida hasta el límite establecido.

Chequeo Médico

Exámenes cubiertos en este beneficio
Titular y cónyuge asegurado.



Este beneficio cubre los gastos por:

- * Hematóloga completa
- * Examen de Orina
- * Examen de Heces
- * Triglicéridos
- * Colesterol completo
- * Glucosa en ayunas
- * Electrocardiograma
- * Papanicolaou
- * Antígeno prostático (dependiendo el sexo)
- * Mamografía
- * Densitometría Ósea
- * Ácido Úrico
- * Pruebas de Tiroides

- **NO APLICA DEDUCIBLE**
- Cobertura por reembolso al 80% (no cubre impuestos) máximo hasta Q.1,000.00

Maternidad

De 0 a 12 meses inclusive	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
Del mes 13 en adelante	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00
Madres Solteras a partir del 13 mes	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00

Fuera de Centroamérica	Q. 25,000.00	Q. 35,000.00	Q. 25,000.00	Q. 35,000.00
Atención al Recién Nacido	Q. 5,000.00	Q. 5,000.00	Q. 5,000.00	Q. 5,000.00
Tamizaje para Recién Nacido (No aplica deducible)	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00
Circuncisión del Recién Nacido	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00	Q. 1,000.00
Control de Niño Sano hasta los 6 años de edad	Q. 5,000.00	Q. 6,000.00	Q. 5,000.00	Q. 6,000.00
Complicaciones del Recién Nacido dentro y fuera del hospital hasta los 14 días de nacido, por Enfermedad contraída, por Condiciones Congénitas anormales o Parto Prematuro	Q. 150,000.00	Q. 150,000.00	Q. 150,000.00	Q. 150,000.00
Acompañante para niños menores de 18 años	Q. 300.00	Q. 300.00	Q. 300.00	Q. 300.00
Periodo de Preexistencias	365 días	365 días	365 días	365 días
Tasa máxima de cambio por US\$1	Q9.00	Q9.00	Q9.00	Q9.00

Libre elección de Centros de Diagnóstico, cobertura por re-embolso, **después de cubrir deducible**, al 80% del monto de la factura sin impuestos. (12% de IVA y 3% de timbres)

Plan dental Opcional

PLAN DENTAL	PLAN 3 y 4
Máximo por año calendario	Q. 6,000.00
Deducible Año Calendario	Q. 250.00
Fase I y II: Tratamiento Preventivo y Restaurativo	80%
Fase III: Servicios Restaurativos Mayores	50%
Fase IV: Ortodoncia	No Incluido
Asegurados de nuevo ingreso, aplica período de Preexistencias de 90 días	

Libre elección de Centros de Diagnóstico, cobertura por reembolso, **después de cubrir deducible**, al 80% del monto de la factura sin impuestos. (12% de IVA y 3% de timbres)



COBERTURA DE Visita Médica Domiciliar

Servicio de médicos hasta el Km. 25 del perímetro de la ciudad coordinado con cabina, sin deducible y sin copago para todos los asegurados. (2 Servicios por núcleo familiar al año).

Esta cobertura esta disponible para emergencias, cuando no es posible desplazarse a un hospital o en horas inhábiles, nuestro médico asesor le sugerirá esta opción cuando lo coordine a través del PBX 1797 opción 2.

COBERTURA EN HOSPITALIZACIÓN

debe cubrir el deducible

La Paz zona 14 y Carretera al Salvador. (en hospitalización **aplica deducible**)

Habitación PRIVADA 15 % de coaseguro + Copago Q.500.00



EMERGENCIAS

En hospitales de la Paz Zona 14, CAES o Tipo B

Copago Q.500.00 Únicamente **y no aplica deducible.**



78 Hospitales de la Red con pago directo en Guatemala y cobertura en:

Tipo A – Habitación **semi-privada** 20% + Q. 500.00 de copago,
y en el Pilar 20% + Q. 1,000.00

Tipo A - Habitación **privada** 30% + Q1,500.00 de copago

Emergencias 20% + Q.1,000.00 no aplica deducible.

Herrera Llerandí no se recomienda para este plan el copago es 35% en privada y 30% en semi-privada, más copagos

COBERTURA EN HOSPITALIZACIÓN

debe cubrir el deducible

Hospitales Sermesa – La Paz (Novicentro, Ciudad Vieja, Cedros, Eskala y Occidente)	
Emergencias <u>–No aplica Deducible–</u>	Copago Q.500.00
De 1 a 3 Días <small>ELEGIBILIDAD y TÉRMINO DE COBE...</small>	Coaseguro 15% + Copago Q500.00
De 4 a 7 Días	Coaseguro 15% + Copago Q1,200.00
De 8 Días o más	Coaseguro 15% + Copago Q1,800.00



HOSPITALES TIPO B Y DEPARTAMENTALES:

Habitación privada 15% + Q. 200.00

Emergencias

En Tipo B- Q. 500.00 de copago y no aplica deducible.

En Tipo B- Q. 350.00 de copago y no aplica deducible.

TARIFAS MENSUALES VIGENTES

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
	SIN PLAN DENTAL		CON PLAN DENTAL	
18 A 30 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q 385.00	Q 437.00	Q 435.00	Q 486.00
Titular y Un Dependiente	Q 722.00	Q 826.00	Q 821.00	Q 925.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q 1,060.00	Q 1,215.00	Q 1,208.00	Q 1,363.00
31 A 35 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q 502.00	Q 574.00	Q 551.00	Q 623.00
Titular y Un Dependiente	Q 955.00	Q 1,098.00	Q 1,054.00	Q 1,197.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q 1,409.00	Q 1,623.00	Q 1,558.00	Q 1,771.00
36 A 40 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q 560.00	Q 625.00	Q 610.00	Q 675.00
Titular y Un Dependiente	Q 1,344.00	Q 1,396.00	Q 1,443.00	Q 1,495.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q 1,539.00	Q 1,668.00	Q 1,688.00	Q 1,817.00
41 A 50 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q 896.00	Q 988.00	Q 945.00	Q 1,038.00
Titular y Un Dependiente	Q 1,745.00	Q 1,928.00	Q 1,843.00	Q 2,026.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q 2,424.00	Q 2,681.00	Q 2,572.00	Q 2,829.00

* VIGENTES HASTA JULIO 2026

* INCLUYEN GASTOS DE EMISIÓN E IVA.

TARIFAS MENSUALES VIGENTES

51 A 60 AÑOS						
Titular Sin Dependientes	Q	1,330.00	Q	1,420.00	Q 1,379.00	Q 1,470.00
Titular y Un Dependiente	Q	2,471.00	Q	2,588.00	Q 2,570.00	Q 2,687.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q	3,617.00	Q	3,948.00	Q 3,765.00	Q 4,097.00
61 A 64 AÑOS						
Titular Sin Dependientes	Q	1,460.00	Q	1,679.00	Q 1,509.00	Q 1,729.00
Titular y Un Dependiente	Q	2,860.00	Q	3,300.00	Q 2,959.00	Q 3,399.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q	3,948.00	Q	4,338.00	Q 4,097.00	Q 4,486.00

* VIGENTES HASTA JULIO 2025

* INCLUYEN GASTOS DE EMISIÓN E IVA.



ELEGIBILIDAD y TÉRMINO DE COBERTURA

Completar su [solicitud](#) en todos los casos, con prima inicial pagada. [IVE personal](#) o [jurídico](#) y el [Cuestionario Adicional](#).

Todo asegurado de 50 años o más, deberá realizarse un examen médico **coordinado por BYNSA**.

Solicitantes mujeres mayores de 40 años deberán adjuntar informe ginecológico y/o Papanicolaou.

Edad para ingresar del Titular y cónyuge entre 18 a 69 años, finalizando a los 99 años o agotar el MV.

Para hijos dependientes desde 14 días de nacido, hasta 23 años, **finalizando a los 25 años o agotar el MV. Pero la aseguradora les da de baja en la renovación, de forma contractual, NO hay AVISO el asegurado debe estar atento a ello.**

