

PLAN
FAMILIA
SALUD

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



EL ROBLE
Asegura lo que más quieres

BYNSA
CORREDORES DE SEGUROS



	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Seguro de Vida	Q.50,000.00	Q.50,000.00	Q.50,000.00	Q.50,000.00
Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental (MYDA)	Q.50,000.00	Q.50,000.00	Q.50,000.00	Q.50,000.00
Seguro Funerario Titular	Q.15,000.00	Q.15,000.00	Q.15,000.00	Q.15,000.00

Nuevos Asegurados	Elegibilidad	Edad Límite de Cobertura
Seguro de Vida	18 a 69 años inclusive	Al cumplimiento de 99 años
Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental	18 a 64 años inclusive	80 años inclusive
Seguro Funerario	18 a 69 años inclusive	Al cumplimiento de 99 años



- 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](#).

**PLAN FAMILIA SALUD BYNSA
VIGENCIA 1 DE JULIO 2026 AL 1 DE JULIO 2027**

II. CONDICIONES PARTICULARES - SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

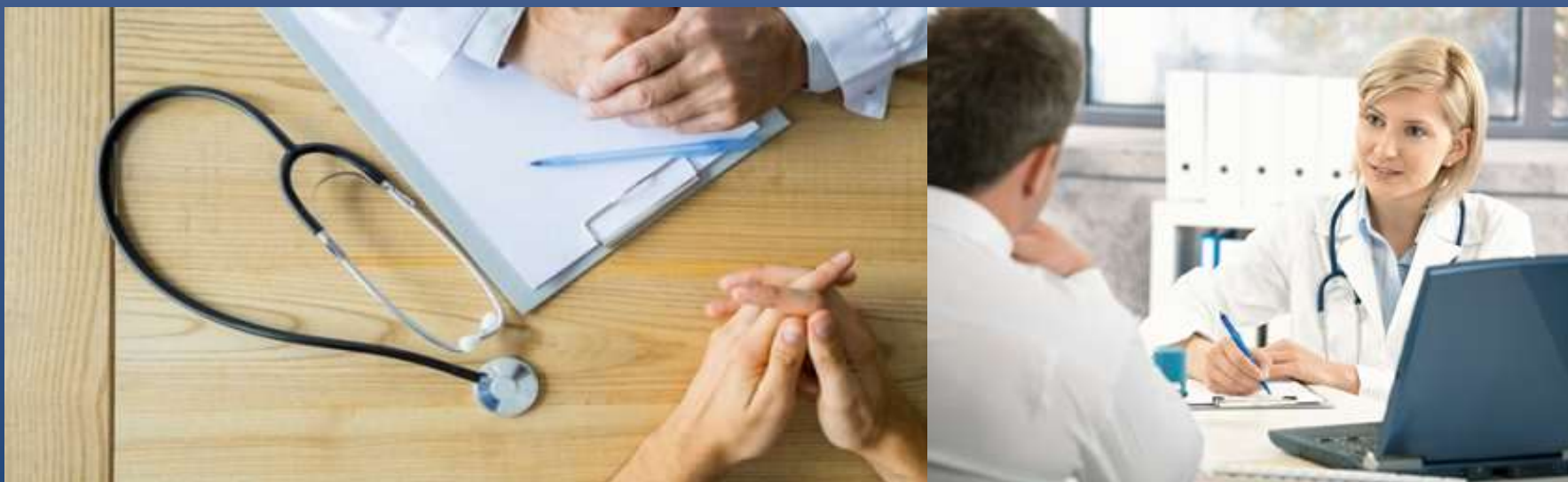
1. COBERTURAS Y LÍMITES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

	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

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, FAYCO Blue Medical CO-PAGO Q.100.00 + 20%

Recuerda que puedes realizar tu cita desde el link [BLUEMEDICAL-BYNSA](#).



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)

PLAN FAMILIA SALUD BYNSA
VIGENCIA 1 DE JULIO 2026 AL 1 DE JULIO 2027

VIH y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Hasta el Máximo Médico indicado o el saldo que posea al momento en que esta enfermedad sea diagnosticada, lo que sea menor.	Se cubrirá como cualquier otro padecimiento (CCOP)	Se cubrirá como cualquier otro padecimiento (CCOP)	Se cubrirá como cualquier otro padecimiento (CCOP)	Se cubrirá como cualquier otro padecimiento (CCOP)
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 (Limite 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 (Limite Año Calendario)	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00	Q. 1,500.00
Terapia Respiratoria Natural (Haloterapia Limite 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 (Limite 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
Asistencia Psicológica	Aplica	Aplica	Aplica	Aplica



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.



Es importante saber que un chequeo médico no puede utilizarse para controlar un padecimiento existente, en ese caso, se tiene la cobertura por enfermedad y se debe usar la Red, o bien completar el deducible en caso de reclamar por reembolso.

Al realizar el Chequeo Médico si se descubre alguna situación que requiera algún tratamiento o seguimiento médico, lo consecuente tendrá cobertura dentro de los límites y condiciones que establece la póliza, excepto que sea congénito.

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	. 6,000.00
Deducible Año Calendario	. 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



1. PROGRAMA DE PAGO DIRECTO		
PLAN FAMILIA SALUD (Aplica Deducible)		
Ambulatorio	PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO	DEDUCIBLE
Hospitalizaciones		
Hospitales Tipo A		
Herrera Llerandi		
Emergencias	Coaseguro 30% + Copago Q1,000.00	No Aplica
Habitación Privada	Coaseguro 35% + Copago Q1,500.00	Aplica
Habitación Semiprivada	Coaseguro 30% + Copago Q1,000.00	Aplica

1. PROGRAMA DE PAGO DIRECTO		
PLAN FAMILIA SALUD (Aplica Deducible)		
Ambulatorio	PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO	DEDUCIBLE
Resto de Hospitales Tipo A (Incluye Hospital Privado de Quetzaltenango)		
Emergencias	Coaseguro 20% + Copago Q1,000.00	No Aplica
Habitación Privada	Coaseguro 30% + Copago Q1,500.00	Aplica
Habitación Semi-Privada	Coaseguro 20% + Copago Q500.00	Aplica
Sanatorio El Pilar		
Emergencias	Coaseguro 20% + Copago Q1,000.00	No Aplica
Habitación Privada	Coaseguro 30% + Copago Q1,500.00	Aplica
Centro Hospitalario La Paz Zona 14 Américas y La Paz Carretera a El Salvador		
Emergencias	Copago Q500.00	No Aplica
Habitación Privada	Coaseguro 15% + Copago Q500.00	Aplica

COBERTURA EN HOSPITALIZACIÓN

debe cubrir el deducible

Hospitales Tipo B		
Emergencias	Copago Q500.00	No Aplica ←
Habitación Privada →	Coaseguro 15% + Copago Q200.00	Aplica
Hospitales Sermesa – La Paz (Novicentro, Ciudad Vieja, Eskala y Occidente)		
Emergencias	Copago Q.500.00	No Aplica
De 1 a 3 Días	Coaseguro 15% + Copago Q500.00	Aplica
De 4 a 7 Días	Coaseguro 15% + Copago Q1,200.00	Aplica
De 8 Días o más	Coaseguro 15% + Copago Q1,800.00	Aplica
Hospitales Departamentales		
Emergencias	Copago Q350.00	No Aplica ←
Habitación Privada →	Coaseguro 15% + Copago Q200.00	Aplica



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.

	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
	SIN PLAN DENTAL		CON PLAN DENTAL	
18 A 30 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q404.25	Q458.85	Q456.75	Q510.30
Titular y Un Dependiente	Q758.10	Q867.30	Q862.05	Q971.25
Titular y Dos o más Dependientes	Q1,113.00	Q1,275.75	Q1,268.40	Q1,431.15
31 A 35 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q527.10	Q602.70	Q578.55	Q654.15
Titular y Un Dependiente	Q1,002.75	Q1,152.90	Q1,106.70	Q1,256.85
Titular y Dos o más Dependientes	Q1,479.45	Q1,704.15	Q1,635.90	Q1,859.55
36 A 40 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q588.00	Q656.25	Q640.50	Q708.75
Titular y Un Dependiente	Q1,411.20	Q1,465.80	Q1,515.15	Q1,569.75
Titular y Dos o más Dependientes	Q1,615.95	Q1,751.40	Q1,772.40	Q1,907.85
41 A 50 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q940.80	Q1,037.40	Q992.25	Q1,089.90
Titular y Un Dependiente	Q1,832.25	Q2,024.40	Q1,935.15	Q2,127.30
Titular y Dos o más Dependientes	Q2,545.20	Q2,815.05	Q2,700.60	Q2,970.45

* VIGENTES HASTA JULIO 2027

* INCLUYEN GASTOS DE EMISIÓN E IVA.



TARIFAS MENSUALES VIGENTES



	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
	SIN PLAN DENTAL		CON PLAN DENTAL	
51 A 60 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q1,396.50	Q1,491.00	Q1,447.95	Q1,543.50
Titular y Un Dependiente	Q2,594.55	Q2,717.40	Q2,698.50	Q2,821.35
Titular y Dos o más Dependientes	Q3,797.85	Q4,145.40	Q3,953.25	Q4,301.85
61 A 64 AÑOS				
Titular Sin Dependientes	Q1,533.00	Q1,762.95	Q1,584.45	Q1,815.45
Titular y Un Dependiente	Q3,003.00	Q3,465.00	Q3,106.95	Q3,568.95
Titular y Dos o más Dependientes	Q4,145.40	Q4,554.90	Q4,301.85	Q4,710.30

* VIGENTES HASTA JULIO 2027

* INCLUYEN GASTOS DE EMISIÓN E IVA.



TARIFAS MENSUALES VIGENTES





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.**

