

**PLAN  
FAMILIA  
SALUD  
BLACK**

# Un buen seguro...

Que funciona en el largo plazo,  
es un buen seguro



# 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



# ORIENTACIÓN 24/7



- 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
<b>Cobertura Geográfica</b>	MUNDIAL	MUNDIAL	MUNDIAL	MUNDIAL
	SIN PLAN DENTAL		CON PLAN DENTAL	
<b>MAXIMO MEDICO ANUAL (Año PÓLIZA)</b>	Q 1,000,000.00	Q 1,250,000.00	Q 1,000,000.00	Q 1,250,000.00
Reducción del Máximo Médico Vitalicio al cumplimiento de los 65 y 80 años	No Aplica Reducción		No Aplica Reducción	
<b>DEDUCIBLE AÑO CALENDARIO (Por Asegurado)</b>				
Dentro de Centroamérica	Q 3,000.00	Q 3,000.00	Q 3,000.00	Q 3,000.00
Fuera de Centroamérica (Independiente del Deducible C.A. Aplica uno por cada asegurado)	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00
<b>REEMBOLSO APLICADO A GASTOS INCURRIDOS</b>				
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%
<b>BENEFICIO DIARIO POR CUARTO Y ALIMENTO</b>				
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%
<b>BENEFICIO DIARIO POR CUARTO INTENSIVO (Sin Límite de días)</b>				
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%

# COBERTURA DE CUARTOS Y ALIMENTOS NORMAL E INTENSIVO



<b>BENEFICIO DIARIO POR CUARTO Y ALIMENTO</b>				
Dentro de Centroamérica	Q	1,100.00	Q	1,300.00
Fuera de Centroamérica		80%		80%
<b>BENEFICIO DIARIO POR CUARTO INTENSIVO (Sin Límites)</b>				
Dentro de Centroamérica	Q	2,000.00	Q	2,200.00
Fuera de Centroamérica		80%		80%



## COBERTURA

Una red de más de 900 médicos

**Y en Blue Medical su copago por consulta es de Q.40.00 Sin deducible.**

**Si le recetan medicamentos o exámenes a raíz de la consulta no necesitará llenar deducible, solo el copago.**

**Agende su cita desde la acá**



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)

**CO-PAGO Q.70.00 sin deducible**

# COBERTURA AMBULATORIA FARMACIAS

CO-PAGO 25% - en FarmaValue CO-PAGO Q.50.00 + 20% - en BlueMedical 20%



Compra directa de medicamentos con red abierta.

Para utilizar debe haber cubierto el deducible por persona.

**EN MEYKOS, GALENO, BATRES Y FAYCO**

Y en **Blue Medical** si va a consulta puede comprar sus medicamentos autorizados sin cubrir deducible.

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



## COBERTURA EN Centros de Diagnóstico

20% en Blue Medial y SERMESA sin Copago,  
25% en el resto de la Red sin copago.

**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)

OTRAS COBERTURAS				
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 300,000.00	Q 500,000.00	Q 300,000.00	Q 500,000.00
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 1,000,000.00	Q 1,250,000.00	Q 1,000,000.00	Q 1,250,000.00
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



## COBERTURA AMBULANCIA

**Servicio de ambulancia terrestre** hasta el Km. 30 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.

## CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS

No obstante a lo indicado en la **SECCIÓN IV COBERTURAS Cláusula No.16 de las Condiciones Generales de la Póliza**, se amplía este beneficio quedando así: Para los empleados designados por la empresa que estén asegurados con Seguros El Roble que tienen 1 año o más de cobertura ininterrumpida (cubre 1 Chequeo Médico al Año Póliza). Aplica para edades a partir de 40 años, serán elegibles para este beneficio el titular y cónyuge.

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

• No aplica deducible

- Cobertura por reembolso al 100% (no cubre impuestos) máximo Q.1,000.00

# Maternidad

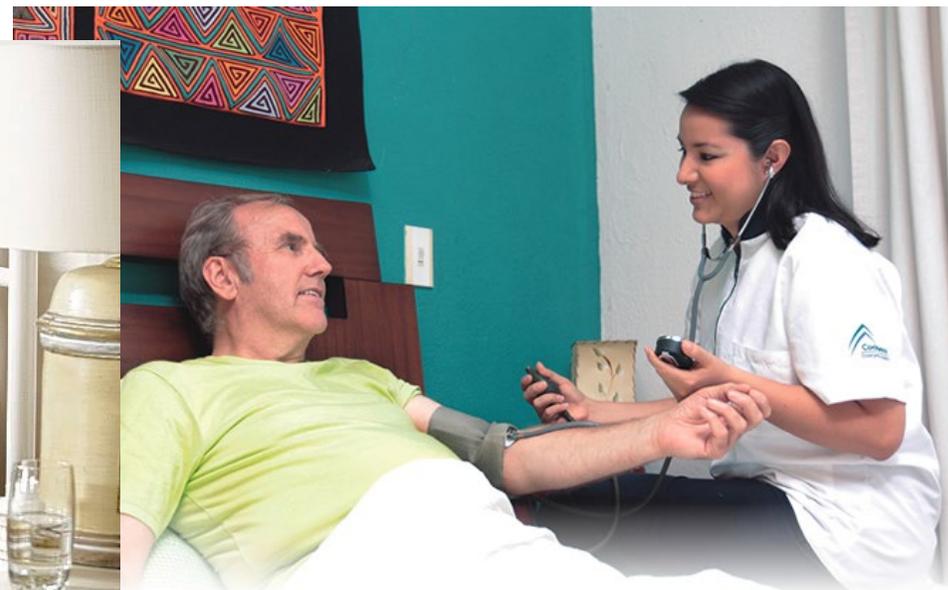
<b>MATERNIDAD (No aplica Deducible)</b>				
De 0 a 12 meses inclusive	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto	No Cubierto
Del mes 13 en adelante	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 25,000.00	C.C.O.I. hasta Q. 35,000.00
<b>Madres Solteras</b> a partir del 13 mes	C.C.O.I. 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
<b>Fuera de Centroamérica</b>	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. 6,000.00	Q. 6,000.00	Q. 6,000.00	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. 400.00	Q. 400.00	Q. 400.00	Q. 400.00
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. 30 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 está 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

**Hospital El Pilar y La Paz zona 14.** (en hospitalización **aplica deducible**)

Habitación PRIVADA 15% de coaseguro sin copago

**EMERGENCIAS** la Paz zona 14 y Hospital El Pilar 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 semiprivada 20% + Q.500.00 copago.

Tipo A - Habitación privada 25% sin copago

**Emergencias** 20% sin copago y no aplica deducible.

Herrera Llerandi no se recomienda para este plan el copago es 35% en privada y 30% en semiprivada, más copagos.

# COBERTURA EN HOSPITALIZACIÓN

debe cubrir el deducible

<b>Hospitales Sermesa – La Paz (Novicentro, Ciudad Vieja, Cedros, Eskala y Occidente)</b>	
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 Y 20% sin copago

### 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	
<b>18 A 30 AÑOS</b>				
Titular Sin Dependientes	Q351.00	Q396.00	Q416.00	Q461.00
Titular y Un Dependiente	Q656.00	Q747.00	Q785.00	Q876.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q984.00	Q1,125.00	Q1,178.00	Q1,319.00
<b>31 A 35 AÑOS</b>				
Titular Sin Dependientes	Q415.00	Q471.00	Q480.00	Q535.00
Titular y Un Dependiente	Q821.00	Q937.00	Q951.00	Q1,066.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q1,153.00	Q1,319.00	Q1,347.00	Q1,513.00
<b>36 A 40 AÑOS</b>				
Titular Sin Dependientes	Q510.00	Q579.00	Q574.00	Q644.00
Titular y Un Dependiente	Q1,019.00	Q1,165.00	Q1,148.00	Q1,294.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q1,320.00	Q1,511.00	Q1,514.00	Q1,705.00

\* VIGENTES HASTA JULIO 2024

<b>41 A 50 AÑOS</b>				
Titular Sin Dependientes	Q785.00	Q896.00	Q 849.00	Q961.00
Titular y Un Dependiente	1,598.00	Q1,831.00	Q1,728.00	Q1,960.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q1,968.00	Q2,256.00	Q2,162.00	Q2,450.00
<b>51 A 60 AÑOS</b>				
Titular Sin Dependientes	Q1,206.00	Q1,380.00	Q1,271.00	Q1,444.00
Titular y Un Dependiente	Q2,471.00	Q2,834.00	Q2,601.00	Q2,963.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q2,931.00	Q3,362.00	Q3,125.00	Q3,556.00
<b>61 A 64 AÑOS</b>				
Titular Sin Dependientes	Q1,324.00	Q1,514.00	Q1,389.00	Q1,579.00
Titular y Un Dependiente	Q2,717.00	Q3,116.00	Q2,847.00	Q3,246.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q3,224.00	Q3,699.00	Q3,418.00	Q3,893.00
<b>65 A 80 AÑOS</b>				
Titular Sin Dependientes	Q1,402.00	Q1,761.00	Q1,467.00	Q1,826.00
Titular y Un Dependiente	Q2,553.00	Q3,313.00	Q2,682.00	Q3,443.00
Titular y Dos o más Dependientes	Q3,878.00	Q5,054.00	Q4,072.00	Q5,248.00

\* 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.

go raibh maith agat  
 koszonom malondo asante  
 dhanyavad tahmet hvala najis tuka  
 mochchakkeram mersi merci  
 sabodi tannim barka ngiyabonga kia ora  
 bayarlalea vinaka chokrane rahmat mamnun  
 grazie gratias ago dankie  
 dziekuje dank je  
 kam sah hamida chor akaloutoun blagodaram  
 sukriya sagolun nandin  
 taiku enkosi pakties  
 arigato maururu  
 diidi madiba faatalai lava  
 kop khun krap  
 terima kasih  
 obrigada djere dieuf  
 akun mahalo murakoze  
 merci obrigado spas  
 bedankt  
 dankjem  
 takk sulpay  
 manana  
 thank you  
 ευχαριστώ  
 nanni ありがとう tapadh leat  
 misotra kiitos  
 xiexie danku merce lack  
 謝謝 danke  
 ভোলাকে ধন্যবাদ