



Office of Educational Affairs  
 Royal Thai Embassy  
 1906 23<sup>rd</sup> St., NW, Washington, D.C. 20008  
 Tel 202.667.8010 Fax 202.265.7239  
 www.oeadc.org saraban@oeadc.org

ที่ 56003/ ว.1

15 มิ.ย. 2559

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2016 - 2017

เรียน นักเรียนที่อยู่ศึกษาโดยได้รับทุนรัฐบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ
  2. แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดให้นักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพที่มีมาตรฐาน จะเป็นการเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับแผนประกันสุขภาพ ของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงได้กำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแลของสำนักงาน ก.พ. ทุกรายทำประกันสุขภาพ ผ่าน สนร. โดยในปีการศึกษา 2016 - 2017 นี้ สนร. ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพ นทร. เช่นเดียวกับปีที่ผ่านมา และมีผลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2560 โดยยังคงให้ความคุ้มครอง และสิทธิประโยชน์ เช่นเดียวกันกับกรณีในปีการศึกษา 2015 - 2016 ทุกประการ (สรุปสาระสำคัญของแผนประกัน สุขภาพ ปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และรายละเอียดทั้งหมดแจ้งอยู่ในเว็บไซต์ สนร.)

<http://oeadc.org/OEServices/healthinsurance/Insurance20162017>



ทั้งนี้ การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่ นทร. มีขั้นตอน ดังนี้

1. สนร. ตรวจสอบรายชื่อ นทร. ที่ยังรับเงินทุนรัฐบาล และศึกษาอยู่ ณ สถานศึกษาที่ไม่บังคับ ให้ต้องทำประกันผ่านสถานศึกษา รวบรวมนำส่งบริษัท AETNA และประกาศในเว็บไซต์ สนร. ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2559 กรณี นทร. ตรวจสอบไม่พบชื่อของตน ขอให้ติดต่อ สนร. โดยทันที (ตรวจสอบได้ที่ <http://www.oeadc.org/OEServices/healthinsurance/Insurance20162017/2016-2017List>)



2. บริษัท AETNA จัดทำบัตรประกันสุขภาพ (Insurance ID card) ส่งให้ นทร. แต่ละรายโดยตรง ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2559 กรณี นทร. ไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพภายในวันดังกล่าว ขอให้ติดต่อบริษัท AETNA ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1.877.375.7910 ทันที

3. ผู้ที่มีชื่อปรากฏในรายชื่อนักเรียนที่ทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้น การทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาของตน ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด ผู้ใดละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และเกิดกรณีสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ผู้นั้นต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกัน สุขภาพที่เข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองฯ ดังกล่าว ให้เป็นรายกรณี

4. นักเรียนผู้ที่มีชื่อปรากฏในรายชื่อนักเรียนที่ทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ทุกราย ต้องกรอก แบบ Personal Representative Appointment (สิ่งที่ส่งมาด้วย 2) ให้ครบถ้วน และส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2559 ทางไปรษณีย์เท่านั้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่บริษัท AETNA

5. กรณี นทร. ที่ยังรับเงินทุนรัฐบาลรายได้มีเหตุผลความจำเป็น ไม่อาจทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ได้ ต้องส่งแบบขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. (ดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.oeadc.org/Download>) ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว ส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2559 ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล เพื่อขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. และหาก สนร. พิจารณาแล้ว อนุมัติยกเว้นการทำประกันสุขภาพดังกล่าว สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ นทร. ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงินที่ สนร. จัดทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ให้ นทร. คือ US \$ 1,776.00 ต่อคน ต่อปี



6. สำหรับ นทร. ที่ประสงค์จะทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ต่อไป ภายหลังรับทุนรัฐบาลครบตามระยะเวลาโครงการทุน ขอให้จัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้ไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560 ทางไปรษณีย์เท่านั้น

6.1 แบบขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ปีการศึกษา 2016 – 2017  
(ดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.oeadc.org/Download>)



6.2 เช็คสั่งจ่าย AETNA จำนวน US \$ 888.00 สำหรับความคุ้มครองเป็นระยะเวลา 6 เดือน  
(สนร. ไม่ทำประกันสุขภาพให้ นทร. เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้แจ้ง สนร. ทันทัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิรุฬ เพียรล้ำเลิศ)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

## สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ

Insurance Period:	September 1, 2016 - August 31, 2017
Underwritten by:	AETNA Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Administered by:	AETNA Life Insurance Company
Policy Number:	299959
Premium Rate:	US \$1,776.00 annually (pay every 6 months)
Plan Name:	Preferred Providers Network (PPO)
Maximum Benefit:	No maximum
Covered Medical Expenses:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 100% usual and customary in-network (including Student Health Center)</li> <li>● 80% out-of-network (with US \$250 deductible)</li> <li>● Outpatient Prescription Medications with a copay of US \$10 for generic drugs and US \$20 for brand name drugs.</li> </ul>

หมายเหตุ ผู้เอาประกันสามารถตรวจสอบรายชื่อแพทย์/สถานพยาบาลในเครือข่าย AETNA (in-network) ได้ที่

- AETNA Student Health โทรศัพท์หมายเลข 1.877.375.7910 หรือ
- [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com) (เลือก Find a Doctor or Hospital)



# Personal Representative Appointment

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2

I, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
First-name Last-name (PLEASE PRINT)

do hereby appoint Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy as my personal representative to act on my behalf in the matters of health insurance with \_\_\_\_\_.  
Your insurance company's name \*

I understand that this is a voluntary designation and that this designation gives the personal representative the same rights to my health insurance information as myself. This appointment will expire at the end of 2016/2017 policy year. **(Please provide the following information.)**

INSURED INFORMATION
<p style="text-align: center;"><b>Insured's Name</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Your full name</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>Insured's Policy Number ** or ID Number</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Your insurance policy number</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>Insured's Address</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Your full street address</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>Date</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Today's date</small></p>

PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION <small>(Necessary for Identity Verification)</small>
<p style="text-align: center;"><b>Personal Representative's Name</b></p> <p style="text-align: center;">Panupak Pongatchat, Minister Counselor (Education)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Personal Representative's Address</b></p> <p style="text-align: center;">Royal Thai Embassy Office of Educational Affairs 1906 23<sup>rd</sup> Street N.W. Washington, D.C. 20008</p>
<p style="text-align: center;">This box intentionally left blank</p>
<p style="text-align: center;"><b>Insured's Signature</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Your Signature</small></p>

If enrolled through the Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy, please state your insurance company's name \* as **AETNA Life and Casualty (Bermuda), Ltd.**, and your insured's policy number as **299959 \*\***

-----