



ที่ 56003/ว 3

Office of Educational Affairs
Royal Thai Embassy
1906 23rd St NW
Washington, DC 20008

-7 กรกฎาคม 2564

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่แก่นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2021 – 2022 กรณีนักเรียนทุนหรือข้าราชการลาศึกษาประสงค์จัดทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่สำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกาจัดหา

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาลที่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ
 2. แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพนักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ประจำปีการศึกษา 2021 – 2022 โดยมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565

ในการนี้ สนร. จึงขอเชิญชวน นทร. ที่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล (ไม่ได้รับทุนตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 เป็นต้นไป) ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแล เข้าร่วมทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ที่ สนร. จัดหา โดยความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สำหรับปีการศึกษา 2021 – 2022 ยังคงเป็นเช่นเดียวกับปีการศึกษา 2020 – 2021 สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และรายละเอียดปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20212022>



การจัดทำประกันสุขภาพของ นทร. กับบริษัท AETNA มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้ประสงค์จะทำประกันกรอกแบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2021 – 2022 โดยดาวน์โหลดแบบได้ที่ <http://oeadc.org/Download> และจัดส่งเอกสารดังนี้



1.1 กรณี นทร. ที่อยู่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล (ไม่ได้รับทุนตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 เป็นต้นไป) จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ได้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 (สำหรับรอบประกันสุขภาพวันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 สนร. จะแจ้งอีกครั้งหนึ่ง) โดยขอให้ส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพที่กรอกข้อมูลครบถ้วน พร้อมเช็คส่งจ่าย AETNA จำนวน \$816.00 ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์เท่านั้น ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2564

1.2 กรณีข้าราชการลาศึกษาและนักเรียนทุนฝากในความดูแลที่อยู่ศึกษาโดยได้รับทุนจากหน่วยงานเจ้าของทุนจะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ได้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 โดยขอให้ส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพที่กรอกข้อมูลครบถ้วนโดยไม่ต้องแนบเช็ค และจัดส่งไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2564

กรณี นทร. และข้าราชการลาศึกษาที่มีประกันสุขภาพกับสถานศึกษาอยู่ในปัจจุบัน แต่ความคุ้มครองจะสิ้นสุดลงก่อนวันที่ 1 กันยายน 2564 และประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ให้ผู้ประสงค์จะทำประกันแจ้งข้อมูลวันสิ้นสุดความคุ้มครองของประกันสุขภาพกับสถานศึกษาให้ สนร. ทราบพร้อมเอกสารจากสถานศึกษายืนยันข้อมูลวันดังกล่าว เพื่อให้ สนร. จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ให้มีผลต่อเนื่องนับจากวันที่ประกันสุขภาพกับสถานศึกษาเดิมของท่านสิ้นสุดลง

2. สนร. จะจัดทำรายชื่อ นทร. ที่ทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA และประกาศรายชื่อดังกล่าวในเว็บไซต์ สนร. ไม่เกินวันที่ 15 สิงหาคม 2564 กรณีผู้ทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ที่ สนร. จัดหา ตรวจสอบไม่พบชื่อของตน ขอให้ติดต่อ สนร. ทันที โดยสามารถตรวจสอบได้ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20212022/2021-2022List>



3. บริษัท AETNA จัดทำบัตรประกันสุขภาพ (Insurance ID card) และส่งให้ผู้ขอทำประกันแต่ละรายโดยตรง ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2564 กรณีผู้ขอทำประกันไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพ ภายในวันดังกล่าว ขอให้พิมพ์บัตรประกันสุขภาพของท่านด้วยตนเองที่ <https://www.aetnastudenthealth.com/en/school/299959/index.htm>



4. ผู้ที่มีชื่อปรากฏในประกาศรายชื่อตามข้อ 2 จะต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาที่ นทร. กำลังศึกษาอยู่ ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด ผู้ใดละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และเกิดกรณีสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ผู้นั้นต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่เข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองดังกล่าว ให้ นทร. เป็นราย ๆ

5. นักเรียนทุนรัฐบาล ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแลทุกรายทั้งที่ประสงค์ทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA และสถานศึกษา ต้องกรอกแบบ Personal Representative Appointment ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2 ให้ครบถ้วน และส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2564 ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่บริษัท AETNA หรือสถานศึกษาต่อไป

ทั้งนี้ ขอให้ท่านศึกษารายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพของท่านก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการประกันสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อขอทราบรายละเอียดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

น.ส.จ. รุจิรา

(นางสาวกษิรรัตน์ สุรวิชัย)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

สำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา

โทร. 202.667.8010

โทรสาร 202.265.7239

อีเมล saraban@oeadc.org

สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ

Insurance Period:	September 1, 2021 - August 31, 2022
Underwritten by:	Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Administered by:	Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Policy Number:	299959
Premium Rate:	\$1,632.00 annually (pay every 6 months)
Plan Name:	Preferred Providers Network (PPO)
Maximum Benefit:	No maximum
Covered Medical Expenses:	<ul style="list-style-type: none"> ● 100% usual and customary in-network (including Student Health Center) ● 80% out-of-network (with \$250 deductible) ● Outpatient Prescription Medications with a copay of \$10 for generic drugs and \$20 for brand name drugs.

หมายเหตุ

1. ผู้ทำประกันสามารถตรวจสอบรายชื่อแพทย์/สถานพยาบาลในเครือข่าย AETNA (in-network) ได้ที่

- AETNA Student Health โทรศัพท์หมายเลข 1.877.437.6535 หรือ
- <https://www.aetnastudenthealth.com/en/main/find-doctor.html>



2. แผนประกันสุขภาพครอบคลุมการตรวจร่างกายทั่วไปประจำปี รวมถึงการตรวจเลือดทั่วไปประจำปีด้วยตามเงื่อนไขของบริษัทประกันสุขภาพซึ่งให้สิทธิ์แก่ผู้ที่ยังไม่เคยไปตรวจสุขภาพ ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา และครอบคลุมการฉีดวัคซีน Flu Shot 1 ครั้ง / ปี ด้วย (นทร. ที่แพ้ไข่ไก่ ไม่ควรรับการฉีดวัคซีนนี้) อนึ่ง การครอบคลุมบางประเภทอาจขึ้นอยู่กับ เพศ และ วัยของผู้ทำประกันด้วย เช่นเดียวกับการเข้ารับการรักษาเมื่อป่วย ทั้งนี้ขอให้ นทร. ตรวจสอบกับบริษัทประกันสุขภาพเกี่ยวกับสิทธิคุ้มครองต่างๆ ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา/รักษา เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการปฏิเสธการจ่ายค่าประกันสุขภาพจากบริษัทประกันฯ

3. แผนประกันสุขภาพครอบคลุมการรักษาในต่างประเทศ นทร. สามารถทำเรื่องขอเบิกเงินคืนจากบริษัทประกันได้ในภายหลังที่ได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปแล้ว ในอัตราของสถานพยาบาลนอกระบบ (Out-of-network) หรือ 80% ของค่ารักษาพยาบาลหลังจากหักค่า Deductible เป็นจำนวน 250 ดอลลาร์สหรัฐ โดยให้ นทร. ยื่นใบเสร็จรับเงินที่ระบุรายละเอียดการรักษาและการชำระเงินแยกเป็นรายวัน (ภาษาอังกฤษ) ใบรับรองแพทย์ (ภาษาอังกฤษ) และแบบ Claim Form ให้บริษัทประกันสุขภาพเพื่อพิจารณาการเบิกจ่ายโดยดาวน์โหลดแบบได้ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20212022/ClaimForm>



Personal Representative Appointment

I, _____,
First name
Last name

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 2021/2022 policy year. **(Please provide the following information.)**

INSURED INFORMATION	PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION <small>(Necessary for Identity Verification)</small>
<p style="text-align: center;">Insured's Name</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your full name</p>	<p style="text-align: center;">Personal Representative's Name</p> <p style="text-align: center;">Kasirat Surawichai Minister (Education)</p>
<p style="text-align: center;">Insured's Policy Number ** or ID Number</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your insurance policy number</p>	<p style="text-align: center;">Personal Representative's Address</p> <p style="text-align: center;">Royal Thai Embassy Office of Educational Affairs 1906 23rd Street N.W. Washington, D.C. 20008</p>
<p style="text-align: center;">Insured's Address</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your full street address</p>	<p style="font-size: large;">This box intentionally left blank</p>
<p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Today's date</p>	<p style="text-align: center;">Insured's Signature</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your Signature</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**
