



ที่ 56003/ว 1

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

29 มิถุนายน 2566

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2023 - 2024

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ
 2. แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) พิจารณาเห็นว่า การจัดให้นักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพ โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพที่มีมาตรฐาน จะเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับแผนประกันสุขภาพของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงกำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแล ทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา โดยในปีการศึกษา 2023 - 2024 นี้ สนร. ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพแก่นทร. ซึ่งจะมีผลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567 โดยความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สำหรับปีการศึกษา 2023 - 2024 ยังคงเป็นเช่นเดียวกับปีการศึกษา 2022 - 2023 สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และรายละเอียดทั้งหมดปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/page/health-insurance-2566-2567>



การจัดทำประกันสุขภาพของ นทร. กับบริษัทที่ สนร. จัดหา มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2566 สนร. จะมีอีเมลแจ้งให้ นทร. ที่ยังรับเงินทุนรัฐบาล และศึกษาอยู่ ณ สถานศึกษาที่ไม่บังคับให้ต้องทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา ต้องจัดทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA โดย สนร. เท่านั้น กรณี นทร. ผู้ใดที่สถานศึกษาไม่บังคับให้ทำประกันสุขภาพ และไม่ได้รับอีเมลแจ้งจาก สนร. ขอให้ติดต่อ สนร. โดยทันที

2. บริษัท AETNA จะจัดส่งบัตรประกันสุขภาพ (Insurance ID card) ให้ นทร. แต่ละรายโดยตรงภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2566 กรณี นทร. ไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพภายในวันดังกล่าว ขอให้พิมพ์บัตรประกันสุขภาพของท่านด้วยตนเองที่ <https://www.aetnastudenthealth.com/en/school/299959/index.html>



3. นทร. ที่ได้รับอีเมลแจ้งจาก สนร. ตามข้อ 1 จะต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาที่ นทร. กำลังศึกษาอยู่ ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด ผู้ใดละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ผู้นั้นต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ นทร. ผู้ขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองดังกล่าว ให้ นทร. เป็นการเฉพาะราย

/4. นทร. ที่...

4. นทร. ที่ได้รับอีเมลแจ้งจาก สนร. ตามข้อ 1 ทุกสาย ต้องกรอกแบบ Personal Representative Appointment ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2 ให้ครบถ้วน และจัดส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2566 ทางไปรษณีย์ หรืออีเมล ทั้งนี้ เพื่อที่ สนร. จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่บริษัท AETNA ต่อไป

5. ในกรณีที่ นทร. ต้องทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา แต่ไม่ประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA เนื่องจากเหตุผลความจำเป็นอื่นหรือแผนประกันของสถานศึกษามีความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าแผนประกันที่ สนร. จัดหาและมีอัตราเบี้ยประกันต่ำกว่าหรือเท่ากับอัตราเบี้ยประกันที่ สนร. จัดหา หรือแผนประกันของสถานศึกษามีความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เท่ากับแผนประกันของบริษัท AETNA แต่มีอัตราเบี้ยประกันต่ำกว่า ขอให้ นทร. จัดส่งแบบขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านระบบคำขอออนไลน์ให้ สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/downloads> เพื่อขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา และหาก สนร. พิจารณาแล้วเห็นควรให้ นทร. รายใดได้รับการยกเว้นการทำประกันสุขภาพดังกล่าว สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ นทร. ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริง ตามที่ นทร. ได้ทำประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น แต่ไม่เกินวงเงินอัตราเบี้ยประกันที่ นทร. จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA คือ 1,800.00 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อคนต่อปี

6. ในกรณีที่ นทร. ได้รับทุนรัฐบาลซึ่งสิ้นสุดภายในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 และประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ต่อไป ภายหลังจากที่ครบระยะเวลาที่ได้รับทุนรัฐบาลตามโครงการทุนแล้ว ขอให้จัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์เท่านั้น ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 (สำหรับรอบประกันสุขภาพวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567)

6.1 แบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2023 – 2024 (ดาวน์โหลดได้ที่ <https://oeadc.org/th/downloads>)

6.2 เช็คสั่งจ่าย AETNA จำนวน 900.00 ดอลลาร์สหรัฐ สำหรับความคุ้มครองเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567

ทั้งนี้ ขอให้ท่านศึกษารายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพของท่านก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการประกันสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อขอทราบรายละเอียดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางปจิตา ดิศกุล ณ อยุธยา)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

สำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา

โทร. 202.667.8010

โทรสาร 202.265.7239

อีเมล saraban@oeadc.org

สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ

Insurance Period:	September 1, 2023 - August 31, 2024
Underwritten by:	Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Administered by:	Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Policy Number:	299959
Premium Rate:	\$1,800.00 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 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 <https://www.aetnastudenthealth.com/en/school/299959/members/resources-and-forms.html>



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 2023/2024 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;">Pajita Diskul Na Ayudhya 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**
