

ที่ 56003/ว 3



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

12 กรกฎาคม 2567

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2024 – 2025 กรณีนักเรียนทุนหรือ
ข้าราชการลาศึกษาประสงค์จัดทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่สำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกาจัดหา
เรียน นักเรียนทุนรัฐบาลที่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแล
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ

2. แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพนักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ประจำปีการศึกษา 2024 – 2025 โดยมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568

ในการนี้ สนร. จึงขอเชิญชวน นทร. ที่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล (ไม่ได้รับทุนตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2567 เป็นต้นไป) ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแล เข้าร่วมทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ที่ สนร. จัดหา โดยความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สำหรับปีการศึกษา 2024 – 2025 ยังคงเป็นเช่นเดียวกับปีการศึกษา 2023 – 2024 สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และรายละเอียดปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/page/health-insurance-2567-2568>



การจัดทำประกันสุขภาพของ นทร. กับบริษัท AETNA มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้ประสงค์จะทำประกันจัดส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2024 – 2025 ดังนี้

1.1 กรณี นทร. ที่อยู่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล (ไม่ได้รับทุนตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2567 เป็นต้นไป) จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ได้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 (สำหรับรอบประกันสุขภาพวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568 สนร. จะแจ้งให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง) ขอให้ส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพที่ กรอกข้อมูลครบถ้วน ซึ่งดาวน์โหลดได้ที่ <https://oeadc.org/th/downloads> พร้อมเช็คส่งจ่าย AETNA จำนวน 999.00 ดอลลาร์สหรัฐ ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ เท่านั้น ภายในวันที่ 26 กรกฎาคม 2567



1.2 กรณีข้าราชการลาศึกษาและนักเรียนทุนฝากในความดูแลที่อยู่ศึกษาโดยได้รับทุนจากหน่วยงานเจ้าของทุนจะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ได้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568 ให้ส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพผ่านระบบคำขอออนไลน์ไปยัง สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/downloads> ภายในวันที่ 26 กรกฎาคม 2567 โดยไม่ต้องแนบเช็ค



/กรณี นทร...

กรณี นทร. และข้าราชการลาศึกษาที่มีประกันสุขภาพกับสถานศึกษาอยู่ในปัจจุบัน แต่ความคุ้มครองจะสิ้นสุดลงก่อนวันที่ 1 กันยายน 2567 และประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ให้ผู้ประสงค์จะทำประกันแจ้งข้อมูลวันสิ้นสุดความคุ้มครองของประกันสุขภาพกับสถานศึกษาให้ สนร. ทราบ พร้อมเอกสารจากสถานศึกษายืนยันข้อมูลวันดังกล่าว เพื่อให้ สนร. จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ให้มีผล ต่อเนื่องนับจากวันที่ประกันสุขภาพกับสถานศึกษาเดิมของท่านสิ้นสุดลง

2. สนร. จะมีอีเมลแจ้งผู้ที่ทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ที่ สนร. จัดหา ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2567 กรณีที่ไม่ได้รับอีเมลแจ้งจาก สนร. ขอให้ติดต่อ สนร. โดยทันที

3. บริษัท AETNA จัดทำบัตรประกันสุขภาพ (Insurance ID card) และส่งให้ผู้ขอทำประกัน แต่ละรายโดยตรง ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2567 กรณีผู้ขอทำประกันไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพ ภายในวันดังกล่าว ขอให้พิมพ์บัตรประกันสุขภาพของท่านด้วยตนเองที่ <https://www.aetnastudenthealth.com/en/school/299959/index.htm>



4. ผู้ที่ทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ที่ สนร. จัดหาตามข้อ 2 จะต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาที่ นทร. กำลังศึกษาอยู่ ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด ผู้ใดละเลย ไม่ดำเนินการดังกล่าว และสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ผู้นั้นต้องรับผิดชอบจ่ายเงิน ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ชำระแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองดังกล่าว ให้ นทร. เป็นการเฉพาะราย

5. นักเรียนทุนรัฐบาล ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแลทุกรายทั้งที่ประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA และสถานศึกษา ต้องกรอกแบบ Personal Representative Appointment ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2 ให้ครบถ้วน และส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2567 ทางไปรษณีย์ หรืออีเมล เพื่อใช้เป็น ข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่บริษัท AETNA หรือสถานศึกษาต่อไป

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, 2024 - August 31, 2025
Underwritten by:	Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Administered by:	Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Policy Number:	299959
Premium Rate:	\$1,998.00 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 ให้บริษัทประกันสุขภาพเพื่อพิจารณาการเบิกจ่ายโดยตามนโหลดแบบได้ที่ <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 2024/2025 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**
