



ที่ 56003/ว 1

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

28 มิถุนายน 2562

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2019 - 2020

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ
 2. แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) พิจารณาแล้วเห็นว่า การจัดทำให้นักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพ โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพที่มีมาตรฐาน จะเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับแผนประกันสุขภาพของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงกำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแล ทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา โดยในปีการศึกษา 2019 – 2020 นี้ สนร. ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพแก่ นทร. ซึ่งจะมีผลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2563 โดยความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สำหรับปีการศึกษา 2019 – 2020 ยังคงเป็นเช่นเดียวกับปีการศึกษา 2018 – 2019 สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และรายละเอียดทั้งหมดปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20192020>



การจัดทำประกันสุขภาพของ นทร. กับบริษัทที่ สนร. จัดหา มีการดำเนินการดังนี้

1. สนร. ตรวจสอบรายชื่อ นทร. ที่ยังรับเงินทุนรัฐบาล และศึกษาอยู่ ณ สถานศึกษาที่ไม่บังคับให้ต้องทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา และประกาศในเว็บไซต์ สนร. ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2562 กรณี นทร. ผู้ใดที่สถานศึกษาไม่บังคับให้ทำประกันสุขภาพ และตรวจสอบไม่พบชื่อของตน ขอให้ติดต่อ สนร. โดยทันที สำหรับผู้ที่มีรายชื่อตามประกาศแล้ว สนร. จะดำเนินการจัดทำประกันสุขภาพกับบริษัท Aetna ต่อไป ทั้งนี้ ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20192020/2019-2020List>



2. บริษัท AETNA จัดทำบัตรประกันสุขภาพ (Insurance ID card) และส่งให้ นทร. แต่ละรายโดยตรง ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2562 กรณี นทร. ไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพภายในวันดังกล่าว ขอให้พิมพ์บัตรประกันสุขภาพของท่านด้วยตนเองที่ <https://www.aetnastudenthealth.com/en/school/299959/index.html>



3. ผู้ที่มีชื่อปรากฏในประกาศรายชื่อ นทร. ที่ทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา จะต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาที่ นทร. กำลังศึกษาอยู่ ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด ผู้ใดละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และมีกรณีสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ผู้นั้นต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ซื้อช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ นทร.

ผู้ขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองดังกล่าว ให้ นทร. เป็นราย ๆ

4. ผู้ที่มีชื่อปรากฏในรายชื่อ นทร. ที่ทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหาทุกราย ต้องกรอกแบบ Personal Representative Appointment ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2 ให้ครบถ้วน และจัดส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2562 ทางไปรษณีย์เท่านั้น ทั้งนี้ เพื่อที่ สนร. จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่บริษัท AETNA ต่อไป

5. กรณี นทร. ผู้ใดที่ต้องทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา แต่ นทร. ไม่ประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา เนื่องจากมีเหตุผลความจำเป็นหรือแผนประกันของสถานศึกษามีความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าแผนประกันที่ สนร. จัดหาและมีอัตราเบี้ยประกันต่ำกว่าหรือเท่ากับอัตราเบี้ยประกันที่ สนร. จัดหา หรือแผนประกันของสถานศึกษามีความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เท่ากับแผนประกันที่ สนร. จัดหาแต่มีอัตราเบี้ยประกันต่ำกว่า ขอให้ นทร. กรอกแบบขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพให้ครบถ้วน โดยดาวน์โหลดแบบได้ที่ <http://oeadc.org/Download> และจัดส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล เพื่อขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา และหาก สนร. พิจารณาแล้วเห็นควรให้ นทร. รายใดได้รับการยกเว้นการทำประกันสุขภาพดังกล่าว สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ นทร. ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริงซึ่ง นทร. ได้ทำประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น แต่ไม่เกินวงเงินที่ สนร. จัดทำประกันสุขภาพของ นทร. กับบริษัท AETNA คือ \$1,902.00 ต่อคน ต่อปี

6. กรณี นทร. ผู้ใดได้รับทุนรัฐบาลซึ่งสิ้นสุดภายในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 และประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหาต่อไป ภายหลังกอบตามระยะเวลาที่ได้รับทุนรัฐบาลตามโครงการทุนแล้ว ขอให้จัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้ทางไปรษณีย์เท่านั้นไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2563 (สำหรับรอบประกันสุขภาพวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2563)

6.1 แบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2019 – 2020 (ดาวน์โหลดได้ที่ <http://oeadc.org/Download>)

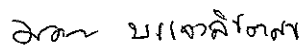


6.2 เช็คล้างจ่าย AETNA จำนวน \$951.00 สำหรับความคุ้มครองเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2563

ทั้งนี้ ขอให้ท่านศึกษารายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพของท่านก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการประกันสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อขอทราบรายละเอียดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางนิพัทธา บรรจงลิขิตสาร)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

สำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา

โทร. 202.667.8010

โทรสาร 202.265.7239

อีเมล saraban@oeadc.org

สรุปลักษณะสำคัญของแผนประกันสุขภาพ

Insurance Period:	September 1, 2019 - August 31, 2020
Underwritten by:	Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Administered by:	Aetna Life Insurance Company
Policy Number:	299959
Premium Rate:	\$1,902.00 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 ผู้ทำประกันสามารถตรวจสอบรายชื่อแพทย์/สถานพยาบาลในเครือข่าย AETNA (in-network) ได้ที่

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



Personal Representative Appointment

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2

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 2019/2020 policy year. (Please provide the following information.)

INSURED INFORMATION	PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION (Necessary for Identity Verification)
Insured's Name Your full name	Personal Representative's Name Nipatta Bunjonglikitsarn Minister (Education)
Insured's Policy Number ** or ID Number Your insurance policy number	Personal Representative's Address Royal Thai Embassy Office of Educational Affairs 1906 23 rd Street N.W. Washington, D.C. 20008
Insured's Address Your full street address	This box intentionally left blank
Date Today's date	Insured's Signature Your Signature

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**
