

แบบฟอร์มการรับทราบสิทธิบริการสุขภาพนักศึกษา ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

คำชี้แจง: ให้นักศึกษาอ่านรายละเอียดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ทั้ง 3 ส่วนอย่างละเอียด และลงนามรับทราบเพื่อรักษาผลประโยชน์ทางการแพทย์ของนักศึกษาเองตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ในราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

ส่วนที่ 1: ข้อมูลนักศึกษา

ชื่อ-นามสกุล: _____ รหัสนักศึกษา: _____ ชั้นปีที่: _____
 คณะ: _____ สาขาวิชา: _____
 เบอร์มือถือ: _____ อีเมล: _____

ส่วนที่ 2: รายละเอียดสิทธิบริการสุขภาพนักศึกษา (โปรดอ่านและทำความเข้าใจ)

นักศึกษาราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ทุกคน มีสิทธิบริการด้านสุขภาพพื้นฐาน 3 ส่วน ดังนี้:

ประเภทสิทธิ	ขอบเขตการคุ้มครอง	สถานพยาบาลที่รองรับ
1. สิทธิประกันอุบัติเหตุกลุ่ม	คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุเท่านั้น ตลอด 24 ชั่วโมง (ทั้งในและนอกเวลาเรียน) รวมถึงการสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพถาวร หรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ตามวงเงินที่กรมธรรม์กำหนด หมายเหตุ: ตรวจสอบรายละเอียดจากแอปพลิเคชัน เมืองไทยเฟรนด์ส	โรงพยาบาล/คลินิกคู่สัญญา ทั่วประเทศ หรือโรงพยาบาลจุฬารักษ์ (กรณี รพ.อื่นที่ไม่ใช่คู่สัญญาต้องสำรองจ่าย → นำใบเสร็จฉบับจริง ไปรับรองแพทย์ และเอกสารประกอบเบิกคืนที่งานกิจการนักศึกษา ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์)
2. สิทธิบัตรทอง (สปสช.) หรือบัตร 30 บาท	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการรักษา โรคทั่วไป โรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามประกาศนโยบายรัฐ หมายเหตุ: สิ้นสุดการเข้ารับบริการเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา หรือสิ้นสุดสถานภาพ หรือลาออก	โรงพยาบาลจุฬารักษ์ (รับสิทธิเฉพาะ นักศึกษาของราชวิทยาลัยจุฬารักษ์เท่านั้น) (แจ้งความประสงค์ขอโอนย้ายสิทธิตามประกาศฯ มีระยะเวลาในการอนุมัติให้โอนย้ายสิทธิและสามารถใช้บริการได้หลังจากแจ้งความประสงค์แล้วไม่เกิน 3 เดือน)
3. สิทธิบริการสุขภาพนักศึกษา ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์	ค่ารักษาพยาบาลสำหรับ โรคทั่วไป ที่มีค่ารักษาเกินจากสิทธิบัตรทอง แต่ต้องไม่เกินสิทธิจาก <u>กรมบัญชีกลางกำหนด</u> และสำหรับนักศึกษาที่ใช้สิทธิบัตรทองไม่ได้ หรือนักศึกษาต่างชาติ วงเงินไม่เกินคนละ 30,000 บาทต่อปี (ไม่รวม: โรคเรื้อรังประจำตัว ค่าศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความงาม ค่าใช้จ่ายพิเศษต่าง ๆ การตรวจสุขภาพ และฉีดวัคซีนป้องกันโรค)	โรงพยาบาลจุฬารักษ์ (ตามประกาศราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการรับบริการสุขภาพสำหรับนักศึกษาราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ พ.ศ.2561)

ส่วนที่ 3: การรับทราบและยินยอมผูกพัน (สำหรับนักศึกษา)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ทั้ง 3 สิทธิ ตลอดระยะเวลาการศึกษามหาวิทยาลัยจุฬารักษ์ ตามข้อมูลข้างต้นเรียบร้อยแล้ว และเข้าใจเงื่อนไขการเข้ารับบริการสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยจุฬารักษ์เป็นอย่างดี จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

*** การตัดสินใจเลือกสิทธิหลักในการรักษาพยาบาล (สปสช.):

- [] ยินยอม ให้ราชวิทยาลัยฯ ดำเนินการโอนย้ายสิทธิบัตรทอง (สปสช.) มายังโรงพยาบาลจุฬารักษ์
 [] ไม่ยินยอม เนื่องจากต้องการใช้สิทธิเดิมที่มีอยู่ (เช่น สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจของบิดามารดา หรือสิทธิประกันสังคม)

ส่วนที่ 4: สำหรับนักศึกษา ลงชื่อ: _____ (_____) นักศึกษา วันที่ ____ / ____ / ____	ส่วนที่ 5: สำหรับผู้ปกครอง รับทราบข้อมูลรายละเอียดดังกล่าวแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ลงชื่อ: _____ (_____) ผู้ปกครอง วันที่ ____ / ____ / ____	ส่วนที่ 6: สำหรับเจ้าหน้าที่ [] ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว [] นำส่งโอนย้ายสิทธิ สปสช. ของนักศึกษาเรียบร้อยแล้ว _____ เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร วันที่ ____ / ____ / ____
--	--	---