



# Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) ជាគម្រោង Medicare Medi-Cal ឆ្នាំ 2026 បញ្ជីឱសថដែលមាន ការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថឬបញ្ជីឈ្មោះឱសថ)

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់បញ្ជីឈ្មោះឱសថ 26258 កំណែ 27

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 06/23/2026 ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលទៅកាន់ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។

H2819\_25\_357A\_C Approved 08202025

A55568EAE-KH ( 06/26 )

---

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



06/23/2026

# សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះមានឈ្មោះថា **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង** (ហៅម្យ៉ាងទៀតថា **បញ្ជីឱសថ**)។ វាប្រាប់អ្នកថា តើឱសថណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ **បញ្ជីឱសថ** នេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរថា តើមានវិធាន ឬការដាក់កម្រិត ជាពិសេសណាមួយទៅលើឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែរឬទេ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យដែលមាននៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ **សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក**

## តារាងមាតិកា

- A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ ..... iv
- B. សំណួរដែលសួរញឹកញាប់ (FAQ) ..... xiv
  - B1. តើមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះនៅក្នុង **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង**? (យើងហៅ **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង**ថា “**បញ្ជីឱសថ**” ជាពាក្យកាត់។)..... xiv
  - B2. តើ **បញ្ជីឱសថ**មានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ? ..... xv
  - B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរទៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ**? ..... xvi
  - B4. តើមានការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថឬសកម្មភាពណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានឱសថមួយចំនួនដែរឬទេ? ..... xvii
  - B5. តើខ្ញុំដឹងតាមវិធីណាថាឱសថដែលខ្ញុំត្រូវការមានការដាក់កំណត់ ឬថាតើត្រូវអនុវត្តវិធានការចាំបាច់អ្វីខ្លះដើម្បីទទួលបានឱសថនោះ? ..... xviii
  - B6. តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់ពួកគេអំពីរបៀបដែលពួកគេធានារ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍៖ ការយល់ព្រមជាមុន ការកំណត់បរិមាណនិង/ឬការដាក់កម្រិតការព្យាបាលជាដំហាន)? ..... xviii
  - B7. តើលោកអ្នកអាចស្វែងរកឱសថក្នុង **បញ្ជីឱសថ**តាមវិធីណា?..... xviii
  - B8. មានបញ្ហាអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើ ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមាននៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ**? ..... xix
  - B9. តើមានបញ្ហាអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំគឺជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងមិនអាចរកឃើញឱសថរបស់ខ្ញុំនៅលើ **បញ្ជីឱសថ** ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំ?..... xix
  - B10. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំបានទេ? ..... xxi
  - B11. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងបានតាមរបៀបណា? ..... xxi
  - B12. តើត្រូវចំណាយពេលវេលាប៉ុន្មានដើម្បីទទួលបានការលើកលែង? ..... xxi

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង** Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://www.blueshieldca.com/medformulary2026)។



B13. តើឱសថប្រភេទទូទៅជាអ្វី? ..... xxii

B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាអ្វី ហើយតើ វាពាក់ព័ន្ធយ៉ាងណាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា?..... xxii

B15. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរ ឬទេ? ..... xxii

B16. តើខ្ញុំអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយដឹកជញ្ជូនទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំដែរ ឬទេ?..... xxiii

B17. តើប្រាក់បង់រួមរបស់ខ្ញុំមានប៉ុន្មាន?..... xxiii

C. សេចក្តីសង្ខេបនៃ បញ្ជីនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង..... xxv

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ..... xxvi

D. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង..... 138

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។**



## A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ

នេះគឺជាបញ្ជីឱសថដែលសមាជិកអាចទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

- ❖ Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយ California State Medicaid Program (កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋ California)។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។
- ❖ អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ចុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមអនឡាញតាមរយៈ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026) ឬដោយការទូរសព្ទទៅលេខ (800) 452-4413 (TTY:711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ Blue Shield of California គឺជាសមាជិកឯករាជនៃសមាគម Blue Shield Association.
- ❖ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាប់ ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅបាតកថានៃឯកសារនេះ។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。  
 ។ ក្រុមហ៊ុនអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ ហើយមិនរើសអើង មិនបដិសេធចំពោះមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសគ្នាដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពសុខភាព ព័ត៌មានហ្សែន បុព្វបុរស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬពិការភាពរាងកាយនោះឡើយ។
- ❖ ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអាល្លឺម៉ង់ ភាសាចិនសាមញ្ញ ភាសាចិនបុរាណ ភាសាហ្វីលីពីន ភាសាខ្មែរ (កម្ពុជា) ភាសាកូរ៉េ ភាសារុស្ស៊ី ភាសាតាកាឡុក និងភាសាវៀតណាម។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026)។



សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីលទ្ធភាពអាចរកបាននៃសេវាកម្មជំនួយភាសា និងឧបករណ៍ជំនួយ និងសេវាកម្មជំនួយ

**ATTENTION: If you need help in your language, call (800) 452-4413 (TTY:711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (800) 452-4413 (TTY:711). These services are free of charge.**

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



## 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਛੇਕ ਨੇ: ਪੜ੍ਹੋ ਗੇਂਟਰ ਪੜ੍ਹਾਪ

---

ਪ੍ਰੈਸਿਡੈਂਟੀਅਲ ਸੰਘ ਸੁਖਮੁਖ ਸੰਗਠਨ ਕੋਲ Blue Shield TotalDual Plan ਆਮ: 1-800-452-4413 (TTY: 711) ਟੀ-ਏ 8 ਟ੍ਰੀਕ ਡਲ-ਏ 8 ਯਪੰ। ਏ ਨੇ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਸੁਝਾਵੀ  
ਦ੍ਰਾਮੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ। ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਸੰਗਠਨ ਕੋਲ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਸੂਚੀ ਪੇਜ  
ਸੁਖਮੁਖ ਸੰਗਠਨ ਕੋਲ blueshieldca.com/medformulary2026



## **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ  
1-800-452-4413

(TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ  
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ  
1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih  
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc  
waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx  
jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo  
wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun  
hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se  
mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-  
4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se  
benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ໂຊ່າກເນະບຸຊເອາອໍຕັບຮູບ

ບຣສິນເບີຜູກມາສສໍາຊາກ ສູບຮູບສູບຮູບກາສໍາກະຢູາກ Blue Shield TotalDual Plan ຄາຢາຢາ:ເລຂ  
(800) 452-4413 (TTY:711) ຕີເຍ້າກ 8 ຕຣີກ ຊລໍເຍ້າກ 8 ພບໍ່ ເຍ້າກເນາກໍບຸສໍດໍາສຸບຮູບ  
ບຣໍາຕີກໂຮງຊັກຊັກຊັກສູບສູບ ກາກເນາກຮູບສູບສູບສູບສູບ ເຊີຢູກໂຮງຊັກຊັກສູບ  
ສູບສູບເອາກາສໍາກາສໍາກາສໍາກາ blueshieldca.com/medformulary2026



**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម  
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800 452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង  
សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស  
សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ  
ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800 452-4413  
(TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413  
(TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت،  
مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با  
1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه  
می‌شوند.

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ  
(800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក  
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម  
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



## **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

## **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



## **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800 452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800 452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

## **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800 452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800 452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

---

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។**



**Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800 452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800 452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800 452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800 452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- ❖ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះ និងការទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគតជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាន់ដ្ឋានផ្សេង (អក្សរពោះពុម្ពធំៗ អក្សរស្លាប់ ឬជាសំឡេងជាដើម)។ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំនេះ។ សេវាបម្រើអតិថិជននឹងរក្សាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារ រហូតដល់ពេលដែលអ្នកចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។
- ❖ ដើម្បីធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានការទំនាក់ទំនងដែលត្រូវការជាភាសាដែលពេញចិត្ត ឬជាន់ដ្ឋានផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



## B. សំណួរដែលសួរញឹកញាប់ (FAQ)

ស្វែងរកចម្លើយនៅទីនេះសម្រាប់សំណួរដែលអ្នកមានអំពី **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងមួយនេះ** (បញ្ជីឱសថ)។ លោកអ្នកអាចអានផ្នែក FAQ ទាំងអស់ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ឬស្វែងរកមើលសំណួរចម្លើយ។

### B1. តើមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះនៅក្នុង **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង** (យើងហៅ **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង**ថា “**បញ្ជីឱសថ**” ជាពាក្យកាត់។)

ឱសថដែលមាននៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ**ដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង **ផ្នែក C** គឺជាឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឱសថទាំងនេះអាចស្វែងរកបាននៅតាមឱសថស្ថាននានានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឱសថស្ថានស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើយើងមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយពួកគេដើម្បីធ្វើការជាមួយយើងនិងផ្តល់សេវាកម្មដល់លោកអ្នក។ យើងហៅឱសថស្ថានទាំងនេះថា “ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ”។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវិភាមិនជាក់លាក់មួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្តសម្គាល់អ្នកទទួលបាន (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

- Blue Shield TotalDual Plan នឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលចាំបាច់ខាងសុខភាពទាំងអស់នៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ**ប្រសិនបើ៖
  - វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក និយាយថាអ្នកត្រូវការពួកវាជាចាំបាច់ដើម្បីធ្វើឱ្យជំងឺបានធូរស្រាលជាងមុន ឬបន្តមានសុខភាពល្អទៅទៀត
  - Blue Shield TotalDual Planយល់ព្រមថាឱសថនេះមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក **និង**
  - អ្នកនឹងទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
  - ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកត្រូវតែធ្វើអ្វីមួយមុនពេលលោកអ្នកអាចទទួលបានឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B4 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចស្វែងរកបញ្ជីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយបំផុតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026) ឬទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅខាងក្រោមក្រដាសនៃឯកសារនេះ។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026)។



**B2. តើបញ្ជីឱសថមានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?**

ពិតជាមាន ហើយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវតែអនុវត្តតាមច្បាប់របស់ Medicare និង Medi-Cal ពេលចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ យើងអាចបន្ថែម ឬដកចេញឱសថនានានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ នៅពេលណាមួយក៏បានក្នុងឆ្នាំនេះ។

យើងក៏អាចកែប្រែវិធានរបស់យើងចំពោះឱសថផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចថាតម្រូវ ឬមិនតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុនចំពោះឱសថ។ (ការយល់ព្រមជាមុនគឺជាការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលអ្នកទទួលបានឱសថ។)
- បន្ថែម ឬកែប្រែបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ហៅថាបរិមាណកំណត់)។
- បន្ថែម ឬកែប្រែការកំណត់ជំហានព្យាបាលដោយប្រើឱសថ។ (ជំហានព្យាបាលមានន័យថាលោកអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុន ពេលយើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។)

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតស្តីពីវិធានឱសថទាំងនេះ សូមអានសំណួរ B4។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវប្រើឱសថដែលបានទទួលការធានារ៉ាប់រង នៅពេលចាប់ផ្តើម នៃឆ្នាំ ជាទូទៅយើងមិនដក ឬផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងចំពោះឱសថនោះទេ **នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះទេ** លុះត្រាតែ៖

- ឱសថថ្មីដែលមានតម្លៃទាបជាងមុនមាននៅក្នុងទីផ្សារហើយមាន ប្រសិទ្ធភាពដូចជាឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នផងដែរ ឬ
- យើងដឹងថាឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាព ឬ
- ឱសថមួយត្រូវបានយកចេញពីទីផ្សារ។

សំណួរទី B3 និង B6 ខាងក្រោមមានព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពីបញ្ហាថាតើមានអ្វីកើតឡើង នៅពេលបញ្ជីឱសថផ្លាស់ប្តូរ។

- អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមអនឡាញតាមរយៈ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។ បច្ចុប្បន្នភាពនៃបញ្ជីឱសថត្រូវបានបង្ហាញនៅលើគេហទំព័រជារៀងរាល់ខែ។
- អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតកក់នៃឯកសារនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្ន។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



**B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរទៅក្នុង បញ្ជីឱសថ?**

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួននៅក្នុង បញ្ជីឱសថនឹងកើតមានឡើង ភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍៖

**• ការជំនួសកំណែច្នៃមួយចំនួននៃឱសថ។**

យើងអាចនឹងដកឱសថចេញពី បញ្ជីឱសថជាបន្ទាន់ប្រសិនបើយើងជំនួសវាដោយឱសថប្រភេទថ្មីមួយ ចំនួនប៉ុន្តែតម្លៃឱសថថ្មីរបស់អ្នកនឹងនៅតែមានតម្លៃ \$0។ នៅពេលយើងបន្ថែមកំណែច្នៃនៃឱសថ យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង បញ្ជី ប៉ុន្តែ ផ្លាស់ប្តូរវិធានឬការធានារ៉ាប់រងរបស់វា។

- យើងប្រហែលជាមិនប្រាប់អ្នកមុន ពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែ យើងនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើឡើង នៅពេលវាកើតឡើង។
- យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះបានលុះត្រាតែឱសថដែលយើងកំពុងបន្ថែម៖
  - គឺជាកំណែឱសថទូទៅថ្មីនៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬ
  - គឺជាកំណែជីវសាស្ត្រថ្មីជាក់លាក់នៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ(ឧទាហរណ៍ ការបន្ថែមជីវសាស្ត្រដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបានដែល អាចជំនួសបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី)។
  - ប្រភេទឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមប្រភេទឱសថទាំងនេះអាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផ្នែក **B14**។
- អ្នកឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់អ្នកនូវជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តតាម ដើម្បីស្នើសុំករណីលើកលែង។ សូមអានសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណី លើកលែង។

**• លុបបំបាត់ឱសថគ្មានសុវត្ថិភាព និងឱសថដទៃទៀតដែលត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។**

ពេលខ្លះឱសថមួយអាចត្រូវបានគេរកឃើញថាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយហេតុផលផ្សេងៗ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី បញ្ជីឱសថភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ ហើយ អាចធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

**យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។**  
យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ។  
ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើងប្រសិនបើ៖

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



- Food and Drug Administration (FDA, រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ) ផ្តល់ការណែនាំថ្មីឬមានការណែនាំអំពីការព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។
- យើងដកឱសថមានម៉ាកយីហោចេញពី **បញ្ជីឱសថ** នៅពេលបន្ថែមឱសថទូទៅដែលមិនមែនជាឱសថថ្មីក្នុងទីផ្សារ ឬ
- យើងបានដកចេញផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅពេលបន្ថែមជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ឬ
- យើងផ្លាស់ប្តូរវិធាននិងការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងសំរាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោមួយនេះ។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅនឹង **បញ្ជីឱសថ** ឬ
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹងនិងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថនោះចំនួន 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបើកឱសថថ្មី។

ការធ្វើដូច្នេះ នឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយ វេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់លោកអ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- បើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ** ដែលអ្នកអាចប្រើជំនួសឬ
- ថាតើត្រូវស្នើសុំករណីលើកលែងសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដែរឬទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីករណីលើកលែង សូមមើលសំណួរ B10-B12។

**B4. តើមានការរឹតត្បិត**

**ឬការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថឬសកម្មភាពណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានឱសថមួយចំនួនដែរឬទេ?**

ប្រាកដណាស់ ឱសថមួយចំនួនមានវិធានរ៉ាប់រង ឬមានដែនកំណត់លើបរិមាណដែលលោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់។ ក្នុងករណីខ្លះ លោកអ្នកឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីមួយមុនពេលលោកអ្នកអាចទទួលបានឱសថនោះ។ ឧទាហរណ៍៖

- **ការយល់ព្រមជាមុន៖** សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan សិនមុននឹងលោកអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការយល់ព្រមជាមុនខុសពីការបញ្ជូនបន្ត។ Blue Shield TotalDual Plan អាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន។
- **បរិមាណកំណត់៖** ពេលខ្លះគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដាក់កំណត់ចំពោះចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលយកបាន។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



- **ការព្យាបាលជាជំហាន៖** ជួនកាលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តម្រូវឱ្យអ្នកធ្វើការព្យាបាលជាជំហាន។ ប្រការនេះមានន័យថា លោកអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថតាមលំដាប់ជាក់លាក់មួយចំនួនសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នកគិតថាឱសថដំបូងមិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់លោកអ្នកទេ នោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទីពីរ។

អ្នកអាចស្វែងរកថាតើឱសថរបស់អ្នកមានការតម្រូវឬការដាក់កម្រិតបន្ថែមដែរឬទេដោយការចូលមើលតារាងនៅក្នុង **ផ្នែក C**។ អ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាម [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026)។

យើងបានបង្ហាញតាមអនឡាញនូវឯកសារដែលពន្យល់អំពីការយល់ព្រមជាមុន និងការដាក់កម្រិតនៃការព្យាបាលជាជំហាន។ យើងក៏អាចផ្ញើជូនលោកអ្នកតាមការស្នើសុំផងដែរ។

**លោកអ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងបានពីការដាក់កំណត់ទាំងនេះ។** ការធ្វើដូច្នោះ នឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់លោកអ្នក។ គាត់អាចជួយលោកអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ** ដែលលោកអ្នកអាចប្រើជំនួស ឬក៏ត្រូវស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

**B5. តើខ្ញុំដឹងតាមវិធីណាថាឱសថដែលខ្ញុំត្រូវការមានការដាក់កំណត់ ឬថាតើត្រូវអនុវត្តវិធានការចាំបាច់អ្វីខ្លះដើម្បីទទួលបានឱសថនោះ?**

តារាងនៅក្នុងផ្នែក ដែលមានចំណងជើងថា “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ” មានតារាងជួរឈរដែលមានឈ្មោះ “វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កម្រិត ឬការកំណត់ចំពោះការប្រើប្រាស់។”

**B6. តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តាស់ប្តូរច្បាប់របស់ពួកគេអំពីរបៀបដែលពួកគេធានារ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍៖ ការយល់ព្រមជាមុន ការកំណត់បរិមាណនិង/ឬការដាក់កម្រិតការព្យាបាលជាជំហាន)?**

ក្នុងករណីខ្លះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនប្រសិនបើយើងបន្ថែម ឬផ្តាស់ប្តូរការយល់ព្រមជាមុន បរិមាណកំណត់ និង/ឬ ការដាក់កម្រិតលើការព្យាបាលជាជំហានដោយប្រើឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B3 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការជូនដំណឹងជាមុននេះ និងស្ថានភាពនានាដែលយើងមិនអាចប្រាប់អ្នកជាមុននៅពេលវិធានរបស់យើងអំពីឱសថនៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ** ផ្តាស់ប្តូរ។

**B7. តើលោកអ្នកអាចស្វែងរកឱសថក្នុង **បញ្ជីឱសថ**តាមវិធីណា?**

មានមធ្យោបាយពីរក្នុងការស្វែងរកឱសថ៖

- អ្នកអាចស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម **ឬ**
- អ្នកអាចស្វែងរកតាមស្ថានភាពសុខភាព។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026)។



ដើម្បីស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម សូមរកមើលឱសថរបស់អ្នកនៅ ក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ លោកអ្នកអាចស្វែងរកវានៅក្នុងលិបិក្រមដែលចាប់ផ្តើមនៅលើទំព័រ 138 ។ លិបិក្រមនេះផ្តល់នូវបញ្ជីឈ្មោះឱសថទាំងអស់តាមអក្ខរក្រមដែលដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងឯកសារនេះ។ ទាំងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងទាំងឱសថទូទៅត្រូវរាយឈ្មោះនៅក្នុងលិបិក្រមនេះ។ ស្វែងរកនៅក្នុងលិបិក្រម ហើយរកឃើញឱសថរបស់លោកអ្នក។ នៅជាប់នឹងឱសថរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកនឹងឃើញលេខទំព័រដែលលោកអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងរក **តាមរយៈស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ** សូមរកមើលផ្នែកដែលមានឈ្មោះ “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ”។

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានចាត់តាមប្រភេទផ្សេងៗដោយផ្អែកលើ ប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលវាព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែស្វែងរកមើលនៅក្នុងប្រភេទភ្នាក់ងារសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

**B8. មានបញ្ហាអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើ ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថ?**

ប្រសិនបើអ្នករកមិនឃើញឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុង បញ្ជីឱសថទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតកក់នៃឯកសារនេះ ហើយសាកសួរអំពីឱសថនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងថាគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិន ធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះទេ លោកអ្នកអាចធ្វើកិច្ចការមួយក្នុងចំណោមកិច្ចការខាងក្រោម៖

- ស្នើផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសុំបញ្ជីឱសថស្រដៀងនឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ បន្ទាប់មក បង្ហាញបញ្ជីដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត។ ពួកគេអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ ដែលដូចគ្នានឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។
- ស្នើសុំគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែងដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

**B9. តើមានបញ្ហាអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំគឺជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងមិនអាចរកឃើញឱសថរបស់ខ្ញុំនៅលើ បញ្ជីឱសថ ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំ?**

យើងអាចជួយបាន។ យើងអាចរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដល់លោកអ្នករយៈពេល 30 ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកក្លាយជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ការធ្វើដូច្នោះ នឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយ វេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់លោកអ្នក។ គាត់អាចជួយលោកអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង បញ្ជីឱសថដែលលោកអ្នកអាច ប្រើជំនួស ឬក៏ត្រូវស្នើសុំការលើកលែង។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2026។



ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្កាប់ឱ្យប្រើឱសថរយៈពេលតិចជាងនេះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជាបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលការប្រើថ្នាំអតិបរមា បាន 30 ថ្ងៃ។

យើងនឹងរ៉ាប់រង ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រសិនបើ៖

- អ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ**
- វិធានការគម្រោងរបស់យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានបរិមាណ ឱសថដែលបង្កាប់ដោយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **ឬ**
- ឱសថនេះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan **ឬ**
- អ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថដែលជាផ្នែកនៃការដាក់កំហិតការព្យាបាលតាមជំហាន។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថដែលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មិនចាត់ទុកថាជាឱសថផ្នែក D ហើយឱសថនោះមិនមាននៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ** ហើយអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថនោះ វាអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Medi-Cal Rx។ ប្រសិនបើឱសថមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងផ្នែក D តម្រូវឱ្យមានការលើកលែង ហើយអ្នកមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ Medi-Cal Rx នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការផ្គត់ផ្គង់ ឱសថមិនតិចជាង 72 ម៉ោង។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយក Medi-Cal BIC របស់អ្នកមកជាមួយ ពេលមកទទួល វេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងសម្រាកនៅកមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង ហើយត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ** ឬប្រសិនបើអ្នក មានការលំបាកក្នុងការទទួលបានឱសថដែលអ្នកត្រូវការ យើងអាចជួយអ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកបានចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងនេះលើសពី 90 ថ្ងៃ រស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង ហើយត្រូវការការផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ៖

- យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលលោកអ្នកត្រូវការរយៈពេល 31 ថ្ងៃ (លុះត្រឹមតែអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ប្រើក្នុងរយៈពេលតិចជាងនេះ) ទោះជាអ្នកជា ឬមិនមែនជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ក៏ដោយ។
- នេះជាការបន្ថែមទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកបានចូលជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026)។



គោលការណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ

នៅក្នុងកាលៈទេសៈដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កំពុងកែប្រែពីមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៅមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៀត គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងធានាឱ្យមានដំណើរការរាប់រហ័សសម្រាប់ការអនុម័តឱសថផ្នែក D ដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថ។ ដំណើរការនេះនឹងអនុវត្តចំពោះបញ្ជីឱសថផ្នែក D ដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬការព្យាបាលជាជំហាន។ ឧទាហរណ៍ពិភពគ្រឹះផ្លាស់ប្តូរការថែទាំអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលចេញពីមន្ទីរពេទ្យទៅសម្រាកផ្ទះ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបញ្ចប់ការសម្រាកនៅមន្ទីរថែទាំជំនាញនៃ Medicare ផ្នែក A របស់ខ្លួន និងអ្នកដែលត្រូវការប្តូរទ្រព្យទៅបញ្ជីឱសថគម្រោងផ្នែក D អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានចេញពីមន្ទីរពេទ្យរិកលចរិក ដែលមានរបបថ្នាំលក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួនខ្ពស់។

**B10. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំបានទេ?**

ពិតជាបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនស្ថិតនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*។

លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងឱ្យកែប្រែវិធានលើឱសថរបស់លោកអ្នកផងដែរ។

- ឧទាហរណ៍ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចកំណត់ចំនួនឱសថដែលយើងនឹងរ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើឱសថរបស់លោកអ្នកមានកំណត់ លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងកែប្រែការកំណត់ និងឱ្យរ៉ាប់រងថែមទៀត។
- ឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងទម្លាក់ចោលនូវការដាក់កំហិតចំពោះការព្យាបាលតាមជំហាន ឬការទាមទារឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

**B11. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងបានតាមរបៀបណា?**

ដើម្បីស្នើសុំនូវការលើកលែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងធ្វើការជាមួយអ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកស្នើសុំនូវការលើកលែង។ អ្នកក៏អាចអានជំពូកទី 9 ផ្នែក G2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការលើកលែង។

**B12. តើត្រូវចំណាយពេលវេលាប៉ុន្មានដើម្បីទទួលបានការលើកលែង?**

បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលគាំទ្រសំណើសុំការលើកលែងយើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចមួយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះតាមអេឡិចត្រូនិក (តាមអនឡាញ ឬទូរសារ) ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកយើងអាចទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកឱសថស្ថានរបស់ Blue Shield តាមរយៈលេខ (800) 535-9481 ហើយផ្តល់ឱ្យយើងនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយបន្ទាប់មកផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើង ប្រសិនបើចាំបាច់។

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



ប្រសិនបើលោកអ្នកឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នកគិតថាសុខភាពរបស់លោកអ្នកអាចមានគ្រោះថ្នាក់ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវរងចាំសេចក្តីសម្រេចរយៈពេល 72 ម៉ោង លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងឆាប់រហ័ស។ វានឹងនាំឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចឆាប់រហ័ស។  
ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាគាំទ្រសំណើរបស់លោកអ្នក យើងនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចមួយក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងនៃការទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

**B13. តើខិតសងប្រភេទទូទៅជាអ្វី?**

ខិតសងទូទៅត្រូវបានផលិតឡើងពីសមាសធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងខិតសងមានម៉ាកយីហោដែរ។ ជាធម្មតា ខិតសងទាំងនេះមានតម្លៃថោកជាងខិតសងដែលមានម៉ាកយីហោ ហើយជាទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា។ ជាធម្មតា ខិតសងទូទៅមិនសូវមានឈ្មោះល្បីនោះទេ។ ខិតសងទូទៅ ត្រូវបានអនុម័តដោយ Food and Drug Administration (FDA) ។ មានខិតសងទូទៅដែលអាចរកបានសម្រាប់ខិតសងមានម៉ាកយីហោជាច្រើន។ ជាធម្មតា ខិតសងទូទៅអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ខិតសងមានម៉ាកយីហោនៅខិតសងស្ថានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី— អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងទាំងខិតសងមានម៉ាកយីហោ និងខិតសងទូទៅ។

**B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាអ្វី ហើយតើ វាពាក់ព័ន្ធយ៉ាងណាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា?**

នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើខិតសង វាអាចមានន័យថាជាខិតសង ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ គឺជាខិតសងដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងខិតសងធម្មតា។ ដោយសារតែផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងខិតសងធម្មតា ជំនួសឱ្យការមានទម្រង់ទូទៅ វាមានទម្រង់ដែលគេហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាធ្វើការល្អដូចផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយអាចមានតម្លៃថោកជាង។ មានជម្រើសផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួន គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបានហើយ អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ អាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅខិតសងស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចគ្នានឹងខិតសងទូទៅ អាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ខិតសងមានម៉ាកយីហោ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទខិតសង សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក។

**B15. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ ខិតសងមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់ ឬទេ?**

សម្រាប់ប្រភេទខិតសងមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់ អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ជាទូទៅ ខិតសងដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ គឺជាខិតសងដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃ រយៈពេលវែង។ ខិតសងមិនអាចស្វែងរកបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីខិតសងរបស់យើង។

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026)។



- សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។**  
 យើងផ្តល់ជូននូវសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ រហូតដល់ **100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន កម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅ កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បាន។**  
 ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន និងកម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 1 និងទី 2។  
 ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បានមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 3 និងទី 4។
- កម្មវិធីឱសថស្ថានលក់រាយ។** ឱសថស្ថានលក់រាយមួយចំនួនក៏អាចផ្តល់ជូន **ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន កម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅ កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បាន។**  
 ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន និងកម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 1 និងទី 2។  
 ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បានមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 3 និងទី 4។

**B16. តើខ្ញុំអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយដឹកជញ្ជូនទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំដែរឬទេ?**

ឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់អ្នកប្រហែលជាអាចដឹកជញ្ជូនវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើពួកគេផ្តល់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែរ ឬទេ។

**B17. តើប្រាក់បង់រួមរបស់ខ្ញុំមានប៉ុន្មាន?**

សមាជិកគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មានការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាប្រសិនបើសមាជិកអនុវត្តតាមវិធានរបស់គម្រោង។

កម្រិត គឺជាក្រុមឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។

- ឱសថកម្រិតទី 1 គឺជាឱសថទូទៅដែលចង់បាន
- ឱសថកម្រិតទី 2 គឺជាឱសថទូទៅ
- ឱសថកម្រិតទី 3 គឺជាឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន
- ឱសថកម្រិតទី 4 គឺជាឱសថដែលមិនចង់បាន
- ឱសថកម្រិតទី 5 គឺជាឱសថកម្រិតឯកទេស

**ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



លំដាប់ថ្នាក់	ការពណ៌នា	ប្រាក់បង់រួម	
		ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
កម្រិតថ្នាក់ទី 1	ឱសថទូទៅដែលចង់បាន	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ទី 2	ឱសថទូទៅ	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ទី 3	ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
កម្រិតថ្នាក់ទី 4	ឱសថដែលមិនចង់បាន	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
កម្រិតថ្នាក់ទី 5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	\$0, \$5.10, \$12.65	មិនមាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន  
តាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតក្រាហ្វិកនៃឯកសារនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ  
(800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក  
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម  
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



### C. សេចក្តីសង្ខេបនៃ បញ្ជីនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង

បញ្ជីនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ប្រសិនលោកជួបបញ្ហាក្នុងការស្វែងរកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជី សូម ត្រឡប់ទៅអានលិបិក្រមនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រងដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង **ផ្នែក D**។ លិបិក្រមរាយឈ្មោះឱសថទាំងអស់ដែលបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមអក្ខរក្រម។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និង វិភាមិនជាក់លាក់មួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបញ្ជីសម្គាល់អ្នកទទួលបាន (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើក ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

#### បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្រោមផ្នែក D

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្តល់ការមួយនៃការស្នើឱ្យយើងពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចដែលយើង បានធ្វើឡើងចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរវា ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាយើងធ្វើឡើងដោយមានកំហុស។
- ឧទាហរណ៍ យើងអាចសម្រេចថា ឱសថដែលអ្នកចង់បានគឺមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងទៀតហើយពីគម្រោង Medicare ឬ Medi-Cal។
- ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតក្រោមនៃឯកសារនេះ។
- អ្នកក៏អាចអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីឈ្វេងយល់ពីរបៀបប្តឹងករ៉ា ចំពោះសេចក្តីសម្រេចណាមួយ។
- ឱសថដែលមិនមែនជាឱសថផ្នែក D មានវិធានផ្សេងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](http://blueshieldca.com/medformulary2026)។



# C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានចាត់តាមប្រភេទផ្សេងៗដោយផ្អែកលើប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលវាព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានជំងឺបេះដូង លោកអ្នកគួរតែស្វែងរកមើលនៅក្នុងប្រភេទភ្នាក់ងារសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

សេចក្តីពន្យល់		
លំដាប់ថ្នាក់	ឈ្មោះ	
1	ឱសថទូទៅដែលចង់បាន	
2	ឱសថទូទៅ	
3	ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន	
4	ឱសថដែលមិនចង់បាន	
5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	
និមិត្តរូប	ឈ្មោះ	ការព័ណ៌នា
LA	ការចូលប្រើមានកំណត់ (Limited Access)	ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានេះអាចរកបានតែនៅតាមឱសថស្ថានមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមពិគ្រោះជាមួយបញ្ជីវាយឈ្មោះឱសថស្ថានរបស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់យើង។
PA	ការអនុញ្ញាតជាមុន (Prior Authorization)	ការរ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានេះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពី Blue Shield។ ទូរសព្ទទៅ Blue Shield ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ការធានារ៉ាប់រង។ ឱសថមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានការកំណត់ការរ៉ាប់រងផ្នែក B ឬផ្នែក D ដោយផ្អែកលើវិធានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare។
QL	ការកំណត់បរិមាណ (Quantity Limit)	ការប្រើថ្នាំនេះមានកម្រិតដូស ឬបរិមាណកំណត់តាមវេជ្ជបញ្ជា។ ការដាក់កំណត់កម្រិតដូសអតិបរមាក្នុងមួយថ្ងៃត្រូវបានកំណត់ដោយ FDA ហើយបានរាយក្នុងលិខិតណែនាំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។ ការដាក់កំណត់បរិមាណផ្សេងទៀតលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការប្រើប្រាស់ដូសរួមនៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



និមិត្តរូប	ឈ្មោះ	ការព័ណ៌នា
ST	ការព្យាបាលជាជំហាន (Step Therapy)	ការរ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានេះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅពេលដែលការព្យាបាលតាមជួរទីមួយ ឬការព្យាបាលដែលចង់បានផ្សេងទៀតត្រូវបានសាកល្បង (ការព្យាបាលតាមជំហាន)។
NDS	ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមិនអាចបន្តលើចំនួនថ្ងៃកំណត់បាន (Non-Extended Day Supply)	ឱសថមិនមានសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង។

កូឡេនទីមួយនៃតារាងនេះរាយឈ្មោះឱសថ។ ឱសថទូទៅត្រូវបានរាយជាអក្សរតូចច្រើន (ឧទាហរណ៍ *simvastatin*) ឱសថមានម៉ាកយីហោមានអក្សរធំ (ឧទាហរណ៍ ELIQUIS) ព័ត៌មាននៅក្នុងកូឡេន "ចំណាត់ការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការដាក់កំណត់លើការប្រើប្រាស់" ប្រាប់អ្នកថា តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មានវិធានណាមួយសម្រាប់ការ រ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដែរ ឬទេ ។

### D. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

នៅក្នុងផ្នែកនេះ អ្នកអាចរកឃើញឱសថដោយការស្វែងរកឈ្មោះរបស់វាតាមអក្ខរក្រម។ វានឹងប្រាប់អ្នកពីលេខទំព័រដែលអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង** Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



**ANALGESICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឹះស្ថានផ្តល់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឈាម  
ជាយថ្នលទ្ធការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANALGESICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	Tier 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	Tier 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណនៃអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANALGESICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
<b>CODEINE SULFATE 15 MG TAB</b>	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<b>CODEINE SULFATE 60 MG TAB</b>	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្លៃឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានថ្លៃឱសថស្ថានសុខាភិបាល និងអគ្គនាយកដ្ឋានការងារសុខាភិបាល  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANALGESICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ និង ជួយចូលទៅកាន់ទីកំរិត <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANALGESICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបង្កប់ផ្តល់ឱសថ អុទ្ធិ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូរីមុរាស់</b>
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

**ANESTHETICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបង្កប់ផ្តល់ឱសថ អុទ្ធិ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូរីមុរាស់</b>
<b>LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

**ANTI-ADDICTION /SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបង្កប់ផ្តល់ឱសថ អុទ្ធិ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូរីមុរាស់</b>
<b>ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING</b>		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>OPIOID DEPENDENCE</b>		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	Tier 2	

**អនុករោចសុវចនៃកំរិតមាតិកាសុភីពីអត្រាផលិតផលនៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអនុសាសន៍នៃក្រុមការងារកំណត់ត្រា និងត្រួតពិនិត្យសុខាភិបាល**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លីការម៉ូរីមុរាស់ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

**ANTIBACTERIALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)

អនុករាជសុវចន្តរាជ្យក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការប្រឹក្សាព្រឹត្តិការណ៍និងអនុវត្តការងារក្នុងការពង្រឹង  
 ជាយថ្ងៃនៃការងារនេះ <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតស្តីពីការងារនេះ។

**ANTIBACTERIALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 5	

អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថអន្តរជាតិដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យពេទ្យសុខាភិបាលកម្ពុជា  
**ជាមួយការកំណត់លើការប្រើប្រាស់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្រុមការងារសុខាភិបាលកម្ពុជា។**

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	Tier 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	Tier 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	Tier 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខាភិបាលបន្ថែមទៀតស្តីពីឱសថស្ថានព្យាបាលអន្តរកាលនៃអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងស្ថាប័នសុខាភិបាលដទៃទៀត។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថ។**

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	Tier 2	
<i>cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i>	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភាពស្នាក់នៅក្នុងស្ថាប័នសុខាភិបាល  
ជាមួយប្រជាជនកម្ពុជា <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានឱសថ អថ្នាំ ( អ៊ីតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
<b>BETA-LACTAM, PENICILLINS</b>		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i>	Tier 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកដទៃទៀតដែលបានបញ្ជាក់ពីការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ  
ជាមួយទារក។ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។**

**ANTIBACTERIALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2- 0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
<b>CARBAPENEMS</b>		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
<b>MACROLIDES</b>		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺស្របតាមការណែនាំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបាន។**  
**ជាមួយនឹងការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុខភាព។**

**ANTIBACTERIALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កម្រិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	Tier 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
<b>QUINOLONES</b>		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភាពស្នាក់នៅក្នុងស្ថានភាព  
ជាយុទ្ធសាស្ត្រការពារជំងឺ <xiv>  
ហើយអនុវត្តការពង្រឹងសេវាសុខាភិបាលក្នុងស្ថានភាពសុខាភិបាលស្ថិតិ។**

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	Tier 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>SULFONAMIDES</b>		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>mondoxylene nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិសម្រាប់ការវាយតម្លៃថ្លៃសេវា និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ថ្លៃ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTICONVULSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICONVULSANTS, OTHER		
<i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	Tier 5	ST, QL (20 ML PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

**អនុករណបសុវចនៃកំណត់ប្រាក់សុវតិភ័យអនុវត្តន៍យល់នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអនុស្សាវរីយ៍កំណត់កំណត់សុវតិភ័យនៃការព្យាបាល៖**  
**ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់កំណត់សុវតិភ័យនៃការព្យាបាល៖**

**ANTICONVULSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (24 ML PER 1 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	Tier 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (480 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS</b>		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរោគចិត្តស្រដៀងគ្នា និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរោគចិត្តស្រដៀងគ្នា**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរោគចិត្តស្រដៀងគ្នា <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរោគចិត្តស្រដៀងគ្នា។**

**ANTICONVULSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសខ្មែរ ( ភីអិចស៊ីត )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
GAMMA-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់  
ជាយថ្នាប្រចាំថ្ងៃ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នេះ។**



**ANTICONVULSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខភាពពិការភ្នែកស្រុកកំពង់ចាម**  
**ជាមួយនិងការគាំទ្រពី** <sup><xiv></sup>  
**ហ៊ុយអានការពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតសុខាភិបាលកម្ពុជា និងសមាជិកសមាគមពិការភ្នែកស្រុកកំពង់ចាម។**

**ANTIDEMENTIA AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ជំងឺបាត់ចិត្ត  
ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។**

**ANTIDEPRESSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អថិ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	Tier 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងការស្រវឹង និងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងការស្រវឹង  
ជាមួយទម្រង់ផ្សេងៗទៀត <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

**ANTIDEPRESSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន</b>
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានសុំឱ្យក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ និងអភិវឌ្ឍន៍ថ្នាំឱសថ ក្នុងការកំណត់កំហិត និងវិធានការចាំបាច់ ដើម្បីធានាបាននូវសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ។**

**ANTIDEPRESSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា មុនី ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន</b>
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>TRICYCLICS</b>		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណបសុវចន្តកម្ពុជាសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យពេទ្យសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃ  
 ជាយថ្នាលទ្រាំកំណត់ទឹក <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIDEPRESSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកាលីប្រចាំថ្ងៃឱសថ អថ្ន ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

**ANTIEMETICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកាលីប្រចាំថ្ងៃឱសថ អថ្ន ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	

អនុកាលីប្រចាំថ្ងៃឱសថនីមួយៗដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ត្រូវបានដាក់កំហិតដោយផ្អែកលើការវាយតម្លៃហានិភ័យ និងប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់។  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានអនុកាលីប្រចាំថ្ងៃឱសថនីមួយៗ។**

**ANTIEMETICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 &amp; 125 mg cap thpk, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>ONDANSETRON HCL 24 MG TAB</b>	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ជំងឺឈាត់ចង្កេះ និងជំងឺឈាត់ចង្កេះ  
ជាមួយប្រព័ន្ធកាត់កំហិត <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។**

**ANTIFUNGALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ អូធី ( ក្រិតទូលាត )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	Tier 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>miconazole sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <sup><xiv></sup> ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ANTIFUNGALS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	Tier 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**ANTIGOUT AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	Tier 2	

**ANTIMIGRAINE AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺក្នុងក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសុខាភិបាល  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ANTIMIGRAINE AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
ERGOT ALKALOIDS		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

**ANTIMYASTHENIC AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា បានស្នើសុំឱ្យក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងពាណិជ្ជកម្ម និងក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ពិចារណា និងអនុញ្ញាតឱ្យមានការដាក់កំហិត និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ ឱ្យមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព ក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ។

**ANTIMYCOBACTERIALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
PRIFTIN 150 MG TAB	Tier 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>lomustine 100 mg cap</i>	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថនៃកំរិតថ្នាក់សុទ្ធតែត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើការវាយតម្លៃសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថនីមួយៗ។  
 ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>ANTIANGIOGENIC AGENTS</b>		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចសុំថ្លៃកាត់បន្ថយបានស្របតាមលក្ខខណ្ឌនៃកម្មវិធីសុខាភិបាលសាធារណៈ  
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារសុខាភិបាលសាធារណៈ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
ANTIMETABOLITES		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណបសុវចនៃកំណត់ប្រាក់សុវតិពិអត្ថប័ណ្ណនៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលនិងអនុសាសន៍កំណត់កំហិតនៃ៖**  
**ជ័យចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លំអិតប្រាក់ថ្នាក់កំណត់កំហិតនៃ៖**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងសៀមរាប  
 ជាមួយទូរស័ព្ទកំណត់ទី <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Tier 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពកម្រិតថ្នាក់ថ្មីសថនៃឱសថប្រយោជន៍ក្នុងការព្យាបាលមហារីកកម្រិតថ្នាក់ថ្មីសថ  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កម្រិតថ្នាក់ថ្មីសថ <xiv>  
ហើយអនុករណ៍សុវត្ថិភាពកម្រិតថ្នាក់ថ្មីសថនៃឱសថប្រយោជន៍ក្នុងការព្យាបាលមហារីកកម្រិតថ្នាក់ថ្មីសថ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេតាស្តាស៊ីស ជាមួយប្រព័ន្ធការពារទឹកជ្រក <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក  
ជាមួយការគាំទ្រពី <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកកម្រិតខ្ពស់បំផុតនៅក្នុងការព្យាបាលមហារីកដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកកម្រិតខ្ពស់បំផុត។**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកកម្រិតខ្ពស់បំផុត។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីក  
ជាមួយការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមស្តីពីការកំណត់កម្រិតថ្នាក់ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទំនិញ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រម។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អថ្ន ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
**ប្រើប្រាស់ការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់។****

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃ  
 ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីក និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីក។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីក និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីក។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកបានលម្អិតបន្ថែមពីស្ថិតិស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងអ្នកសរសេរការកំណត់ក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្នល់ឱសថ  
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារទឹក <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រ [www.doh.gov.kh](#) និងទំព័រ [www.medicines.gov.kh](#) ។**

**យើងអានការពន្យល់ដល់ថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រ [www.doh.gov.kh](#) ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អថ្នាំ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលមហារីកក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលមហារីកក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	Tier 5	
TREATMENT ADJUNCTS		
<i>mesna 400 mg tab</i>	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេតាស្តាស៊ីស ក្នុងការព្យាបាលមហារីកក្រហម និងមហារីកក្រហមដំបូង**  
**ជាមួយប្រព័ន្ធកាតាឡីស្ទ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពថ្នាំ។**

**ANTIPARASITICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfite 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 3	
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើការកែសម្រួលតារាងតម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ANTIPARASITICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លីប្រចាំថ្ងៃនៃឱសថ ម៉ឺ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

**ANTIPARKINSON AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លីប្រចាំថ្ងៃនៃឱសថ ម៉ឺ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>ANTICHOLINERGICS</b>		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER</b>		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE AGONISTS</b>		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនិងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារពិការភ្នំពេញនិងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារពិការភ្នំពេញ  
**ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPARKINSON AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS</b>		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
<b>MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS</b>		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

**ANTIPSYCHOTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<b>1ST GENERATION/TYPICAL</b>		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភិក្ខុអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា  
ជាមួយនិងការគាំទ្រពី <sup><xiv></sup>  
វិស័យអនាគតសុខាភិបាលកម្ពុជា និងសមាជិកសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍សុខាភិបាលកម្ពុជា។**

**ANTIPSYCHOTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>2ND GENERATION/ATYPICAL</b>		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអត់ច្បាស់ល្អនៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងតារាងនេះ  
ជាមួយការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPSYCHOTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃសេវា និងវិធានការចាំបាច់ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
**ហ៊ីយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមអំពីថ្លៃសេវា និងវិធានការចាំបាច់ ១****

**ANTIPSYCHOTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺស្រួលចិត្តស្របច្បាប់ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតសម្រាប់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺស្រួលចិត្ត។**  
**ជាមួយនឹងការដាក់កំហិត <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រឆាំងជំងឺស្រួលចិត្តស្របច្បាប់ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតសម្រាប់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺស្រួលចិត្ត។**

**ANTIPSYCHOTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺស្រួចស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់៖**  
**ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់៖**

**ANTIPSYCHOTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្លៃថ្នូរឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នូរ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**ANTISPASTICITY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្លៃថ្នូរឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នូរ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកដទៃទៀតដែលបានប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ  
 ជាមួយការណែនាំពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 4	QL (18 PER 1 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមក្រហម និងជំងឺឈាមក្រហមដោយមានការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់៖។**



**ANTIVIRALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)</b>		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ**  
**ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNZO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នល់ឱសថកម្រិតថ្នល់  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កម្រិតថ្នល់ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នល់ឱសថនេះ។**

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	Tier 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	Tier 4	
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)

**អនុករណបសុវចនៈកម្រិតថ្នាក់ឱសថអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថអ៊ី (កម្រិតថ្នាក់) ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ និងវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់។**

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី ( ក្រីអេស៊ីន )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសាមញ្ញ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពពិសេស៖**  
**ជាមួយការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់ទំនាក់ទំនងសេវាសុខភាពសាមញ្ញ៖**



**ANXIOLYTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (5 PER 1 DAYS)

**BIPOLAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល
MOOD STABILIZERS		
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dapaglifloz base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	

អ្នកអាចសួរចំណុះក្រុមការងារសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថបទលម្អិតលម្អីនៃការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលស្តីពីការកំណត់លីការម៉ូឌុល និងការដាក់កំហិត។  
**ហ៊ីយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតស្តីពីការកំណត់លីការម៉ូឌុល និងការដាក់កំហិត។**

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA 100 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់។**

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវនិងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR 10-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)</i>	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រកបដោយគុណភាព និងសុវត្ថិភាព ក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ តាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងារសុខាភិបាល និងការប្រឹក្សាផ្នែកថ្នាំបំបាត់ថ្លៃឱសថ។**

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសាសន៍សម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹត្តិការណ៍ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsy, 80 mg/0.8ml soln prsy)</i>	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 5	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
<b>BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER</b>		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថនីមួយៗនៅលើគេហទំព័រព័ត៌មានសុខាភិបាលរបស់យើង។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថនីមួយៗ។**

**BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	

អ្នកកែសម្រួលថ្លៃឱសថត្រូវតែមានសុពលភាពអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ និងប័ណ្ណបញ្ជាក់ការងាររបស់អង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងប័ណ្ណបញ្ជាក់ការងាររបស់អង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា។  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<b>ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS</b>		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS</b>		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ**  
**ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថនេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទប្បវិធានឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>ANTIARRHYTHMICS</b>		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	

**អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថបទនៃឱសថនីមួយៗស្របតាមការណែនាំនៃអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដទៃទៀត។**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតស្តីពីឱសថនីមួយៗនេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសង្កេតស្រាវជ្រាវនិងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយថ្នាប្រយោជន៍ក្នុងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES</b>		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	Tier 4	
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES</b>		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថនីមួយៗបាននៅទីកន្លែងក្រោមនេះ៖**  
**គេហទំព័រព័ត៌មានសុខាភិបាល <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថនីមួយៗនៅទីកន្លែងនេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	Tier 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃវិទ្យាស្ថានពេទ្យព្រះបាទសីហមុនី  
ជាយូរឆ្នាំនៃការងារ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសាមញ្ញ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពពិសេស៖**  
**ជាមួយនឹងការណែនាំពី <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំសុខភាពសាមញ្ញ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពពិសេស៖។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metirosine 250 mg cap</i>	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវ និងអ្នកសម្របសម្រួលសេវាសុខាភិបាល៖**  
**ជាយូរមកទៅកម្ពុជា <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>torseamide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>epplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសាសន៍ក្នុងការប្រើប្រាស់  
ជាយថ្នាក់កំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>DIURETICS, THIAZIDE</b>		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES</b>		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	
<b>DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS</b>		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ បានរៀបចំបញ្ជីឱសថសាមញ្ញ និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថ៖**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ឱសថសាមញ្ញ និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថសាមញ្ញ។**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE) 500 MG TAB	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA

អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា បានសុំឱ្យអគ្គនាយកដ្ឋានព្យាបាល និង ការពារជំងឺ ក្នុងក្រុមការងារសុខាភិបាល ក្រសួងសុខាភិបាល កម្ពុជា ដើម្បីធ្វើការត្រួតពិនិត្យ និង ត្រួតពិនិត្យ លើឱសថ ទាំងនេះ ដើម្បីធានាបាននូវគុណភាព និង ភាពងាយស្រួល ក្នុងការប្រើប្រាស់ ឱសថ ទាំងនេះ ។

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
<i>dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>nitro-bid 2 % ointment</i>	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 2 % ointment</i>	Tier 3	

**អនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថនៃក្រុមហ៊ុនសុខភាពស្រស់ស្អាត និង គុណភាពសេវាសុខភាពស្រស់ស្អាត  
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារសុខភាពស្រស់ស្អាត <xiv>  
ហើយអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថនៃក្រុមហ៊ុនសុខភាពស្រស់ស្អាត និង គុណភាពសេវាសុខភាពស្រស់ស្អាត។**



**CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER</b>		
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<b>FIBROMYALGIA AGENTS</b>		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តលើយន្តការការពារប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងអនុវត្តការងារក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ឱសថ។**

**យើងអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងកញ្ចប់ឱសថនីមួយៗ។**

**CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាប្រចាំថ្ងៃនៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

**DENTAL AND ORAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាប្រចាំថ្ងៃនៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	Tier 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	

អនុករាជសុវចន្តរាជ្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។





**DERMATOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	Tier 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	Tier 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	Tier 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	Tier 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	Tier 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចន្តរាជ្យក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ  
ជាយថ្នាប្រយោជន៍ក្នុងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**DERMATOLOGICAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ ( អ៊ីនធឺណេត )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	Tier 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	Tier 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រសួងព្យាបាល និងអនុវត្តការងារក្នុងការកំណត់  
ជាយថ្ងៃទីកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**DERMATOLOGICAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	Tier 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	Tier 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Tier 2	

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអត់ច្បាស់ល្អនៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាល និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
 ជាមួយគ្នាទៅនឹងការដាក់កំហិត <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)</i>	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	Tier 4	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	Tier 2	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអត់ច្បាស់ល្អនៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលនិងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយថ្នាបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS</b>		
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 &amp; 15 mg tab thpk, 45 &amp; 15 mg tab thpk, 60 &amp; 30 mg tab thpk, 90 &amp; 30 mg tab thpk)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថនេះ។**

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<b>PHOSPHATE BINDERS</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>POTASSIUM BINDERS</b>		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<b>ANTI-CONSTIPATION AGENTS</b>		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្យាបាលអនុសាសន៍ក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ៖**  
**ជាយថ្នលទ្ធការកំណត់ថ្លៃ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<b>ANTI-DIARRHEAL AGENTS</b>		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL</b>		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER</b>		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ  
 ត្រូវបានកំណត់ដោយអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលជាតិ  
 ជាមួយនឹងការណែនាំផ្សេងៗទៀត។**

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	
<b>HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS</b>		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
<b>PROTECTANTS</b>		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
<b>PROTON PUMP INHIBITORS</b>		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ**  
**ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានថ្នាំ។**

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុខរបរ
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

**GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុខរបរ
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA

អ្នកអាចសួរចំណុះក្រុមការងារសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់នេះ  
 ជាមួយមន្ត្រីក្រុមការងារសុខាភិបាល <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបថបង្កលើឱសថ អុី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

**GENITOURINARY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបថបង្កលើឱសថ អុី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

**អនុករោចសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភ័យនៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA

អនុករោចសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ ច.ជ.ស.ក អនុករោចសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ ច.ជ.ស.ក អនុករោចសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ ច.ជ.ស.ក  
**ជាយចូលធានាកំណត់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX  
HORMONES/MODIFIERS)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANDROGENS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg- mcg tab</i>	Tier 3	
<i>amethia 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ បានដាក់កំហិត និងកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។





**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងការព្យាបាលជំងឺក្រហមស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**



**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luteru 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ ត្រូវតែអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់។**  
**ជាមួយនឹងការណែនាំទាំងនេះ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសុវត្ថិភាពសុខភាពរបស់លោក/លោកស្រី។**

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្ននៃកម្មវិធីសុខភាពសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវនិងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងផ្នែកសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អន្តរជាតិ ( អ៊ីអេសអ៊ិ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងការព្យាបាលជំងឺក្រហមស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍របស់ប្រទេសដើម ( កម្ពុជា )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<b>PROGESTINS</b>		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណបសុវចន្ត្រក្រឹត្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងអភិវឌ្ឍន៍សង្គមក្រសួងសុខាភិបាល  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍របស់មន្ទីរ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាយថ្នាប្រើប្រាស់ក្នុងករណី <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

**អនុករណបសុវចនាភ័យសុភ័យអនុវត្តន៍យល់នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអនុសាសន៍ក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នូលក្នុងការព្យាបាលជំងឺរាគមន៍ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរាគមន៍  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ។**

**ឃ្លាំងឱសថពេទ្យដែលលក់ថ្នាំឱសថទាំងនេះ។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
<i>tofacitinib citrate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tofacitinib citrate 1 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, QL (300 ML PER 30 DAYS)
<i>tofacitinib citrate er (11 mg tab er 24h, 22 mg tab er 24h)</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរាគមន៍ និងជំងឺរាគមន៍ក្នុងក្រុមគ្រួសារ  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកាមរោគស្រាវជ្រាវបាននៅក្នុងតារាងខាងក្រោម៖**  
**ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF- MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAIXIA RECON SUSP	Tier 4	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យល់ដឹងមិត្តភក្តិស្នាក់នៅក្នុងសហគមន៍  
ជាមួយប្រជាជនកម្ពុជា <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងករណីនេះ  
 ជាយថ្ងៃទីកំណត់ទី <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**







**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ  
ជាយថ្នករណ៍ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមលើមតិក្នុងកិច្ចពិភាក្សាស្តីពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹត្តិការណ៍ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងក្របខណ្ឌសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអត់ថ្លៃនៅទីកន្លែងប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃថ្នាំ និងសេវាផ្តល់ជូនដល់អ្នកជំងឺ។  
**ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត  
និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ហើយអនុករណ៍ពន្យល់លើវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតនិងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់។**



**OPHTHALMIC AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
SULFACETAMIDE- PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3- 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XDEMYVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000- 0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)

**អនុករណបសុវចន្ត្រក្រឹត្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានព្យាបាលជំងឺក្រហមភ្នែក និងជំងឺក្រហមភ្នែកស្រាលៈ  
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការសុខាភិបាល <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**OPHTHALMIC AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML 0.1 % OINTMENT	Tier 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	Tier 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងភ្នែក**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

**OPHTHALMIC AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃថ្នាំថ្មីសថ មុនី ( កំរិតថ្នាំថ្នាំ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 ML PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

**OTIC AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃថ្នាំថ្មីសថ មុនី ( កំរិតថ្នាំថ្នាំ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	Tier 2	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្រាថ្លៃថ្នាំថ្មីសថ និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃថ្នាំថ្មីសថ  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអនុករណ៍ពន្យល់លើថ្លៃថ្នាំថ្មីសថ និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃថ្នាំថ្មីសថ។

**OTIC AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS</b>		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
<b>ANTIHISTAMINES</b>		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្យាបាលអនុសាសន៍ក្នុងការកំណត់  
ជាយថ្ងៃទីកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	Tier 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<b>CYSTIC FIBROSIS AGENTS</b>		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារកំណត់កំហិតថ្នាំឱសថ និងប្រភេទថ្នាំឱសថ ដោយចូលរួមការពិចារណា <sup><xiv></sup> ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>MAST CELL STABILIZERS</b>		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE</b>		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
<b>PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES</b>		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>macitentan 10 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)

**អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ឬស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមទៀតនៅទីកន្លែងខាងក្រោម៖**  
**ជាយូរមកហើយការដាក់កំហិត <xiv>**  
**ហើយការពន្យល់លម្អិតអំពីការដាក់កំហិតសម្រាប់ថ្នាំឱសថ៖**

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លែងប្លែងថ្នល់ថ្លៃសេវា អ្នក ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyza (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នល់ថ្លៃសេវា និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់នៅក្នុងតារាង៖**  
**ជាយថ្នល់ទំនាក់ទំនង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នល់ថ្លៃសេវា និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់៖**

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

**SKELETAL MUSCLE RELAXANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 3	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការអនុវត្តសេចក្តីណែនាំអន្តរជាតិ  
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីណែនាំនេះ។**

**SLEEP DISORDER AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>SLEEP PROMOTING AGENTS</b>		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS</b>		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថនៃកម្រិតថ្នាក់ឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារកំណត់តម្លៃថ្នាំ  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



amnesteam	84	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	120
amoxapine	23	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	120
amoxicillin	10	atazanavir sulfate	58
amoxicillin-pot clavulanate	10	atenolol	72
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	10	atenolol-chlorthalidone	75
amoxicillin-pot clavulanate er	10	atomoxetine hcl	81
amphetamine-dextroamphet er	81	atorvastatin calcium	78
amphetamine-dextroamphetamine	81	atovaquone	46
AMPHOTERICIN B	25	atovaquone-proguanil hcl	46
amphotericin b liposome	25	atropine sulfate	127
ampicillin	10	ATROVENT HFA	132
ampicillin sodium	10	aubra	99
ampicillin-sulbactam sodium	10	aubra eq	99
anagrelide hcl	68	AUGTYRO	30
anastrozole	32	AUM ALCOHOL PREP PADS	120
ANORO ELLIPTA	135	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	120
apraclonidine hcl	129	AUM PEN NEEDLE	120
aprepitant	24	AURANOFIN	110
apri	98	aurovela 1.5/30	99
APTIVUS	58	aurovela 1/20	99
AQ INSULIN SYRINGE	120	aurovela fe 1.5/30	99
AQINJECT PEN NEEDLE	120	aurovela fe 1/20	99
ARALAST NP	94	AUVELITY	20
ARANELLE	99	AUVELITY TITRATION PACK	20
ARANESP (ALBUMIN FREE)	68	aviane	99
ARCALYST	110	avidoxy	13
AREXVY	115	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	32
ARGYLE STERILE WATER	120	ayuna	99
ARIKAYCE	6	AYVAKIT	32
aripiprazole	49	azathioprine	113
armodafinil	137	AZATHIOPRINE SODIUM	113
ARNUIITY ELLIPTA	131	azelastine hcl	128,131
asenapine maleate	49	azithromycin	11,12
ashlyna	99	AZITHROMYCIN	12
ASMANEX (120 METERED DOSES)	131	aztreonam	7
ASMANEX (14 METERED DOSES)	131	azurette	99
ASMANEX (30 METERED DOSES)	131		
ASMANEX (60 METERED DOSES)	131	<b>B</b>	
ASMANEX HFA	131	bac (butalbital-acetamin-caff)	82
aspirin-dipyridamole er	69	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	127

BACITRACIN.....	128	BILPREVDA.....	119
BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	127	bimatoprost.....	130
baclofen.....	53	BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	121
balsalazide disodium.....	118	bisoprolol fumarate.....	72
BALVERSA.....	33	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	75
balziva.....	99	blisovi fe 1.5/30.....	99
BAQSIMI ONE PACK.....	64	blisovi fe 1/20.....	99
BAQSIMI TWO PACK.....	64	BOOSTRIX.....	115
BARACLUDE.....	54	bosentan.....	134
BCG VACCINE.....	115	BOSULIF.....	33
BD INSULIN SYRINGE.....	121	bosutinib.....	33
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BRAFTOVI.....	33
MISC.....	121	BREO ELLIPTA.....	135
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		brey-na.....	135
MISC.....	121	BREZTRI AEROSPHERE.....	135
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		brIELlyn.....	99
MISC.....	121	brimonidine tartrate.....	129,130
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		brimonidine tartrate-timolol.....	127
MISC.....	121	brinzolamide.....	130
benazepril hcl.....	70	brivaracetam.....	14
benazepril-hydrochlorothiazide.....	75	bromocriptine mesylate.....	47
BENLYSTA.....	110	BRUKINSA.....	33
BENZNIDAZOLE.....	46	budesonide.....	118,131
benzoyl peroxide-erythromycin.....	84	budesonide er.....	118
benztropine mesylate.....	47	budesonide-formoterol fumarate.....	135
BESIVANCE.....	12	bumetanide.....	77
BESREMI.....	113	buprenorphine.....	2
betaine.....	94	buprenorphine hcl.....	5
betamethasone dipropionate.....	85	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	6
betamethasone dipropionate aug.....	85	bupropion hcl.....	20
betamethasone valerate.....	85	bupropion hcl er (smoking det).....	6
BETASERON.....	83	bupropion hcl er (sr).....	20
betaxolol hcl.....	72,129	bupropion hcl er (xl).....	20
bethanechol chloride.....	96	bupirone hcl.....	60
bexarotene.....	45	butalbital-apap-caffeine.....	82
BEXSERO.....	115	butalbital-aspirin-caffeine.....	1
bicalutamide.....	29	butorphanol tartrate.....	3
BICILLIN L-A.....	11		
BIKTARVY.....	54	<b>C</b>	
BILDYOS.....	119	CABENUVA.....	57

cabergoline.....	109	CEFPODOXIME PROXETIL.....	9
CABOMETYX.....	33	cefprozil.....	9
calcipotriene.....	87	ceftaroline fosamil.....	9
calcitonin (salmon).....	119	CEFTAZIDIME.....	9
calcitrene.....	87	ceftriaxone sodium.....	10
calcitriol.....	119	cefuroxime axetil.....	10
CALCITRIOL.....	119	cefuroxime sodium.....	10
calcium acetate (phos binder).....	91	celecoxib.....	1
CALQUENCE.....	33	cephalexin.....	10
camila.....	106	cetirizine hcl.....	131
camrese.....	99	cevimeline hcl.....	83
camrese lo.....	99	chateal.....	99
candesartan cilexetil.....	70	chateal eq.....	99
candesartan cilexetil-hctz.....	75	chlorhexidine gluconate.....	83
CAPLYTA.....	49	chloroquine phosphate.....	46
CAPRELSA.....	34	chlorpromazine hcl.....	48
captopril.....	71	chlorthalidone.....	78
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE..	75	cholestyramine.....	79
carbamazepine.....	17	cholestyramine light.....	79
carbamazepine er.....	17	ciclodan.....	88
carbidopa.....	48	ciclopirox.....	88
carbidopa-levodopa.....	48	ciclopirox olamine.....	88
carbidopa-levodopa er.....	48	cilostazol.....	69
carbidopa-levodopa-entacapone.....	47	CILOXAN.....	12
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	121	CIMDUO.....	56
carglumic acid.....	94	cimetidine.....	93
carisoprodol.....	136	cinacalcet hcl.....	119
CARTEOLOL HCL.....	129	ciprofloxacin.....	12
cartia xt.....	73	ciprofloxacin hcl.....	12
carvedilol.....	72	ciprofloxacin in d5w.....	12
cataflam.....	1	ciprofloxacin-dexamethasone.....	130
CAYSTON.....	7	citalopram hydrobromide.....	21
caziant.....	99	claravis.....	84
CEFACLOR.....	9	CLARITHROMYCIN.....	12
cefadroxil.....	9	clarithromycin.....	12
cefazolin sodium.....	9	clarithromycin er.....	12
cefdinir.....	9	clindamycin hcl.....	7
cefepime hcl.....	9	clindamycin palmitate hcl.....	7
cefixime.....	9	clindamycin phos (once-daily).....	88
cefoxitin sodium.....	9	clindamycin phos (twice-daily).....	88

clindamycin phos-benzoyl perox.....	84	COSENTYX.....	111
clindamycin phosphate.....	7,88	COSENTYX (300 MG DOSE).....	111
clindamycin phosphate in d5w.....	7	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	111
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	7	COSENTYX SENSOREADY PEN.....	111
clobazam.....	16	COSENTYX UNOREADY.....	111
clobetasol prop emollient base.....	85	COTELLIC.....	34
clobetasol propionate.....	85	CREON.....	94
clobetasol propionate e.....	85	CRESEMBA.....	25
clomipramine hcl.....	23	cromolyn sodium.....	92,128,134
clonazepam.....	60	cryselle.....	99
clonidine.....	69	cryselle-28.....	99
clonidine hcl.....	70	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	121
clopidogrel bisulfate.....	69	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	121
clorazepate dipotassium.....	60	cvs isopropyl alcohol wipes.....	87
clotrimazole.....	25	cyclobenzaprine hcl.....	136
clotrimazole-betamethasone.....	87	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	28
clozapine.....	53	cyclosporine.....	113
COARTEM.....	46	cyclosporine modified.....	113
COBENFY.....	53	cyproheptadine hcl.....	131
COBENFY STARTER PACK.....	53	cyred.....	99
CODEINE SULFATE.....	3	cyred eq.....	99
codeine sulfate.....	3		
colchicine.....	26	<b>D</b>	
colchicine-probenecid.....	26	dabigatran etexilate mesylate.....	66
colesevelam hcl.....	79	dalfampridine er.....	83
colestipol hcl.....	79	danazol.....	98
colistimethate sodium (cba).....	7	dantrolene sodium.....	53
COMBIVENT RESPIMAT.....	135	dapaglifloz base-metformin er.....	61
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	34	dapagliflozin.....	80
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	34	dapsone.....	28
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	34	DAPTACEL.....	115
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	121	daptomycin.....	7
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	121	darunavir.....	58
compro.....	23	dasatinib.....	34
constulose.....	91	dasetta 1/35.....	99
COPIKTRA.....	34	dasetta 7/7/7.....	100
CORLANOR.....	76	DAURISMO.....	34
CORTIFOAM.....	118	daysee.....	100
CORTISONE ACETATE.....	96	deblitane.....	106
CORTISPORIN-TC.....	130	deferasirox.....	90

DELSTRIGO	55	digox	71
delyla	100	digoxin	71
DENGVAXIA	115	dihydroergotamine mesylate	27
DEPO-SUBQ PROVERA 104	106	DILANTIN	17
depo-testosterone	98	dilt-xr	73
DERMOTIC	130	diltiazem hcl	73
DESCOVY	56	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	73
desipramine hcl	23	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	73
desmopressin ace spray refrig	97	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	73
desmopressin acetate	97	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	74
desmopressin acetate pf	97	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	74
desmopressin acetate spray	97	diltiazem hcl er	74
desogestrel-ethinyl estradiol	100	diltiazem hcl er beads	74
desonide	85	dimethyl fumarate	83
desoximetasone	85	dimethyl fumarate starter pack	83
desvenlafaxine succinate er	21	diphenoxylate-atropine	92
dexamethasone	96	DIPHENOXYLATE-ATROPINE	92
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID	96	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	115
dexamethasone sod phosphate pf	96	dipyridamole	69
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	96,129	disulfiram	5
dexmethylphenidate hcl	81	divalproex sodium	14
dextroamphetamine sulfate	81	divalproex sodium er	14
dextrose	88,89	dofetilide	71
dextrose in lactated ringers	89	donepezil hcl	19
DEXTROSE-NACL	89	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	19
dextrose-sodium chloride	89	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	19
DIACOMIT	14	dorzolamide hcl	130
diazepam	16,60	dorzolamide hcl-timolol mal	127
diazepam intensol	61	dorzolamide hcl-timolol mal pf	127
diazoxide	64	dotti	100
diclofenac potassium	1	DOVATO	54
diclofenac sodium	1,129	doxazosin mesylate	70
diclofenac sodium er	1	doxepin hcl	23
dicloxacillin sodium	11		
dicyclomine hcl	92		
DIFICID	12		
diflunisal	1		
difluprednate	129		
digitek	71		

doxercalciferol	119
doxy 100	13
doxycycline hyclate	13
doxycycline monohydrate	13
DRIZALMA SPRINKLE	82
dronabinol	24
DROPLET INSULIN SYRINGE	121
DROPLET MICRON	121
DROPLET PEN NEEDLES	122
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	122
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	122
drosiprenone-ethinyl estradiol	100
DROXIA	94
droxidopa	70
duloxetine hcl	82
DUPIXENT	111
dutasteride	95
dutasteride-tamsulosin hcl	95

## E

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	122
EASY COMFORT PEN NEEDLES	122
EASY TOUCH INSULIN BARRELS	122
ec-naproxen	1
econazole nitrate	25
EDURANT	55
EDURANT PED	55
EFAVIRENZ	55
efavirenz	55
efavirenz-emtricitab-tenofo df	55
efavirenz-lamivudine-tenofovir	55
ELAPRASE	94
elinest	100
ELIQUIS	66,67
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	66
ELIQUIS (2 MG PACK)	67
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	67
eltrombopag olamine	68
eluryng	100
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	122
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	122
EMBECTA INSULIN SYRINGE	122
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	122
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	122
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	123
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	123
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	123
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	123
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	123
EMBRACE PEN NEEDLES	123
EMGALITY	27
EMGALITY (300 MG DOSE)	27
emoquette	100
EMSAM	21
emtricitab-rilpivir-tenofof df	55
emtricitabine	56
emtricitabine-tenofovir df	56
EMTRIVA	56
emzahh	106
enalapril maleate	71
enalapril-hydrochlorothiazide	76
ENBREL	113
ENBREL MINI	113
ENBREL SURECLICK	113
endocet	3
ENGERIX-B	116
enilloring	100
enoxaparin sodium	67
enpresse-28	100
ENSACOVE	32
enskyce	100
entacapone	47
entecavir	54
ENTRESTO	76
enulose	91
ENVARUSUS XR	113
EPIDIOLEX	14
epinephrine	133
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	133

epitol	17
EPIVIR HBV	54
eplerenone	77
ERGOLOID MESYLATES	19
ERGOTAMINE-CAFFEINE	27
ERIVEDGE	34
ERLEADA	29
erlotinib hcl	34,35
errin	106
ertapenem sodium	11
ERY	88
erythrocin lactobionate	12
erythromycin	88,128
erythromycin base	12
erythromycin ethylsuccinate	12
erythromycin lactobionate	12
ERZOFRI	49,50
escitalopram oxalate	21
eslicarbazepine acetate	17
esomeprazole magnesium	93
estarylla	100
estradiol	100
estradiol valerate	101
ESTRING	101
estrogens conjugated	101
eszopiclone	137
ethambutol hcl	28
ethosuximide	15
ethynodiol diac-eth estradiol	101
etodolac	1
etodolac er	1
etonogestrel-ethinyl estradiol	101
etravirine	55
EUCRISA	85
EULEXIN	29
euthyrox	108
everolimus	35,113
EVOTAZ	58
exemestane	32
EXXUA	20

EXXUA TITRATION PACK	20
ezetimibe	79
ezetimibe-simvastatin	79

## F

falmina	101
famciclovir	59
famotidine	93
FANAPT	50
FANAPT TITRATION PACK A	50
FANAPT TITRATION PACK B	50
FANAPT TITRATION PACK C	50
FARXIGA	80
febuxostat	26
feirza 1.5/30	101
feirza 1/20	101
felbamate	14
felodipine er	73
femynor	101
fenofibrate	78
fenofibrate micronized	78
fenofibric acid	78
fentanyl	2
FETZIMA	21
FETZIMA TITRATION	21
FIASP	64
FIASP FLEXTOUCH	64
FIASP PENFILL	64
FIASP PUMPCART	64
fidaxomicin	12
finasteride	96
fingolimod hcl	83
FINTEPLA	14
flecainide acetate	71
fluconazole	25
fluconazole in sodium chloride	25
flucytosine	25
fludrocortisone acetate	96
flunisolide	135
fluocinolone acetonide	85

fluocinolone acetonide body	86
fluocinolone acetonide scalp	86
fluocinonide	86
fluocinonide emulsified base	86
fluorometholone	129
fluorouracil	87
fluoxetine hcl	21
FLUOXETINE HCL	21
fluphenazine decanoate	48
fluphenazine hcl	48
FLURBIPROFEN	1
FLURBIPROFEN SODIUM	129
FLUTAMIDE	29
fluticasone propionate	86,135
fluticasone-salmeterol	136
FLUTICASONE-SALMETEROL	136
fluvastatin sodium	78
fluvastatin sodium er	78
flvoxamine maleate	22
FML	129
FML FORTE	129
fondaparinux sodium	67
fosamprenavir calcium	58
fosfomycin tromethamine	8
fosinopril sodium	71
fosinopril sodium-hctz	76
FOTIVDA	35
FRUZAQLA	30,31
FULPHILA	68
fulvestrant	30
FUROSEMIDE	77
furosemide	77
fyavolv	101

## G

gabapentin	16
galantamine hydrobromide	19
galantamine hydrobromide er	19
gallifrey	106
GAMUNEX-C	110

GARDASIL 9	116
gauze pads 2	123
GAVILYTE-C	92
gavilyte-g	93
gavilyte-n with flavor pack	91
GAVRETO	35
gefitinib	35
gemfibrozil	78
GEMTESA	95
generlac	91
gengraf	114
GENTAK	128
gentamicin sulfate	7,128
GENVOYA	54
GILOTRIF	35
glatiramer acetate	83
glatopa	83
glimepiride	61
glipizide	62
glipizide er	62
glipizide xl	62
glipizide-metformin hcl	62
GLUCAGEN HYPOKIT	64
glucagon emergency	64
glyburide	62
GLYBURIDE MICRONIZED	62
glyburide-metformin	62
glycopyrrolate	92
GLYXAMBI	62
GNP PEN NEEDLES	123
GOMEKLI	35
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	123
granisetron hcl	24
griseofulvin microsize	25
griseofulvin ultramicrosize	25
guanfacine hcl	70
guanfacine hcl er	81

## H

HADLIMA	114
---------	-----

HADLIMA PUSHTOUCH.....	114	hydroxyurea.....	31
HAEGARDA.....	110	hydroxyzine hcl.....	132
hailey 1.5/30.....	101	hydroxyzine pamoate.....	132
hailey fe 1.5/30.....	101	HYRNUO.....	35
hailey fe 1/20.....	101		
halobetasol propionate.....	86	I	
haloette.....	101	ibandronate sodium.....	119
haloperidol.....	48	IBRANCE.....	35
haloperidol decanoate.....	49	IBTROZI.....	36
haloperidol lactate.....	49	ibu.....	1
HAVRIX.....	116	ibuprofen.....	1
heather.....	106	icatibant acetate.....	110
heparin sodium (porcine).....	67	iclevia.....	101
heparin sodium (porcine) pf.....	67	ICLUSIG.....	36
HEPLISAV-B.....	116	icosapent ethyl.....	79
HERNEXEOS.....	35	IDHIFA.....	36
HIBERIX.....	116	IDVYNZO.....	57
HIZENTRA.....	110	ILEVRO.....	129
HUMALOG.....	64	imatinib mesylate.....	36
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	64	IMBRUVICA.....	36
HUMALOG KWIKPEN.....	64	imipenem-cilastatin.....	11
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	64	imipramine hcl.....	23
HUMALOG MIX 75/25.....	65	imiquimod.....	87
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	65	IMKELDI.....	36
HUMULIN 70/30.....	65	IMOVAX RABIES.....	116
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	65	IMPAVIDO.....	46
HUMULIN N.....	65	incassia.....	106
HUMULIN N KWIKPEN.....	65	INCRELEX.....	97
HUMULIN R.....	65	INCRUSE ELLIPTA.....	132
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	65	indapamide.....	78
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	65	indomethacin.....	2
hydralazine hcl.....	80	INFANRIX.....	116
hydrochlorothiazide.....	78	INLURIYO.....	30
hydrocodone-acetaminophen.....	3,4	INLYTA.....	36
hydrocortisone.....	86,118	INQOVI.....	31
hydrocortisone (perianal).....	86	INREBIC.....	36
hydrocortisone butyrate.....	86	INSULIN ASPART.....	65
hydrocortisone-acetic acid.....	130	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	65
hydromorphone hcl.....	4	INSULIN ASPART PENFILL.....	65
hydroxychloroquine sulfate.....	46	INSULIN LISPRO.....	65

INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	65
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	65
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	65
INSULIN PEN NEEDLES.....	123
INSULIN PEN NEEDLES.....	123
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	123
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	123
INSULIN SYRINGE 1 ML.....	123
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	124
INSUPEN PEN NEEDLES.....	124
INSUPEN32G EXTR3ME.....	124
INTELENCE.....	55
INTRALIPID.....	124
introvale.....	101
INVEGA HAFYERA.....	50
INVEGA SUSTENNA.....	50,51
INVEGA TRINZA.....	51
IPOL.....	116
ipratropium bromide.....	132
ipratropium-albuterol.....	136
irbesartan.....	70
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	76
ISENTRESS.....	54,55
ISENTRESS HD.....	55
isibloom.....	101
isoniazid.....	28
isopropyl alcohol.....	87
isopropyl alcohol wipes.....	87
isosorbide dinitrate.....	80
isosorbide mononitrate.....	80
isosorbide mononitrate er.....	80
isotretinoin.....	84
isradipine.....	73
ITOVEBI.....	36
itraconazole.....	25
ivabradine hcl.....	76
ivermectin.....	46
IWILFIN.....	31
IXIARO.....	116

## J

jaimiess.....	101
JAKAFI.....	36
JAKAFI XR.....	37
jantoven.....	67
JANUMET.....	62
JANUMET XR.....	62
JANUVIA.....	62
JARDIANCE.....	80
jasmiel.....	101
JAYPIRCA.....	37
jencycla.....	106
JENTADUETO.....	62
JENTADUETO XR.....	62
jinteli.....	101
jolessa.....	101
joyeaux.....	101
JUBBONTI.....	119
juleber.....	101
JULUCA.....	55
junel 1.5/30.....	101
junel 1/20.....	102
junel fe 1.5/30.....	102
junel fe 1/20.....	102
JYNNEOS.....	116

## K

KALETRA.....	58
kalliga.....	102
KALYDECO.....	133
kariva.....	102
kcl in dextrose-nacl.....	89
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	89
kelnor 1/35.....	102
kelnor 1/50.....	102
KERENDIA.....	62
ketoconazole.....	25
ketorolac tromethamine.....	129
KINRIX.....	116

kionex.....	91	latanoprost.....	130
KISQALI (200 MG DOSE).....	37	LAZCLUZE.....	32
KISQALI (400 MG DOSE).....	37	LEDERLE LEUCOVORIN.....	31
KISQALI (600 MG DOSE).....	37	leena.....	102
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	37	leflunomide.....	114
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	37	lenalidomide.....	29
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	37	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	38
klayesta.....	25	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	38
klor-con.....	89	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	38
klor-con 10.....	89	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	38
klor-con m10.....	89	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	38
klor-con m15.....	89	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	38
klor-con m20.....	89	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	38
KLOXXADO.....	6	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	38
KOMZIFTI.....	37	lessina.....	102
KOSELUGO.....	37,38	letrozole.....	32
kourzeq.....	83	leucovorin calcium.....	31
KRAZATI.....	38	LEUKERAN.....	28
kurvelo.....	102	leuprolide acetate.....	109
<b>L</b>		levabuterol hcl.....	133
l-glutamine.....	94	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	133
labetalol hcl.....	72	levetiracetam.....	14
lacosamide.....	17,18	levetiracetam er.....	14
lactated ringers.....	89,124	levo-t.....	108
lactulose.....	91	LEVOBUNOLOL HCL.....	129
lactulose encephalopathy.....	92	levocarnitine.....	94
LAGEVRIO.....	59	levocetirizine dihydrochloride.....	132
lamivudine.....	54,56	levofloxacin.....	12
lamivudine-zidovudine.....	56	LEVOFLOXACIN.....	128
lamotrigine.....	14	levofloxacin in d5w.....	13
lansoprazole.....	93	levonest.....	102
LANTUS.....	65	levonorg-eth estrad triphasic.....	102
LANTUS SOLOSTAR.....	65	levonorgest-eth estrad 91-day.....	102
lapatinib ditosylate.....	38	levonorgest-eth estradiol-iron.....	102
larin 1.5/30.....	102	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	102
larin 1/20.....	102	levora 0.15/30 (28).....	102
larin fe 1.5/30.....	102	levothyroxine sodium.....	108
larin fe 1/20.....	102	levoxyl.....	108
larissia.....	102	LEXIVA.....	58
		lidocaine.....	5

lidocaine hcl	5	lubiprostone	92
lidocaine viscous hcl	5	luizza 1.5/30	103
lidocaine-prilocaine	5	luizza 1/20	103
lidocan	5	LUMAKRAS	39
LIFYORLI (125 MG DOSE)	38	LUMIGAN	130
LIFYORLI (150 MG DOSE)	38	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	109
LILETTA (52 MG)	107	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	109
lillow	102	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	109
lincomycin hcl	8	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	109
linezolid	8	lurasidone hcl	51
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	8	lutra	103
LINZESS	92	LYBALVI	20
liothyronine sodium	108	lyleq	107
lisinopril	71	lyllana	103
lisinopril-hydrochlorothiazide	76	LYNPARZA	39
lithium	61	LYSODREN	31
lithium carbonate	61	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	39
lithium carbonate er	61	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	39
LIVTENCITY	54	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	39
lo-zumandimine	103	lyza	107
loestrin 1.5/30 (21)	103		
loestrin 1/20 (21)	103	<b>M</b>	
loestrin fe 1.5/30	103	M-M-R II	116
loestrin fe 1/20	103	macitentan	134
lojaimiess	103	magnesium sulfate	89
LOKELMA	91	malathion	88
lomustine	28	maraviroc	57
LONSURF	31	marlissa	103
loperamide hcl	92	MARPLAN	21
lopinavir-ritonavir	58	MATULANE	28
lorazepam	61	matzim la	74
lorazepam intensol	61	MAVYRET	54
LORBRENA	38,39	meclizine hcl	23
loryna	103	medpura alcohol pads	87
losartan potassium	70	medroxyprogesterone acetate	107
losartan potassium-hctz	76	mefloquine hcl	46
loteprednol-tobramycin	127	megestrol acetate	107
lovastatin	78	MEKINIST	39
low-ogestrel	103	MEKTOVI	39
loxapine succinate	49	meleya	107

meloxicam.....	2	metyrosine.....	76
memantine hcl.....	19	mexiletine hcl.....	71
memantine hcl er.....	19	micafungin sodium.....	25
MENACTRA.....	116	MICONAZOLE 3.....	25
MENEST.....	103	microgestin 1.5/30.....	103
MENQUADFI.....	116	microgestin 1/20.....	103
MENVEO.....	116	microgestin fe 1.5/30.....	103
mercaptopurine.....	30	microgestin fe 1/20.....	103
meropenem.....	11	midodrine hcl.....	70
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	11	mifepristone.....	109
mesalamine.....	118	mili.....	103
mesalamine er.....	118	minocycline hcl.....	13
mesna.....	45	minoxidil.....	80
metformin hcl.....	62	minzoya.....	103
metformin hcl er.....	63	mirtazapine.....	20
methadone hcl.....	2	misoprostol.....	93
methazolamide.....	130	modafinil.....	137
methenamine hippurate.....	8	MODEYSO.....	31
methergine.....	124	moexipril hcl.....	71
methimazole.....	110	MOLINDONE HCL.....	49
methocarbamol.....	136	mometasone furoate.....	86
METHOTREXATE SODIUM.....	114	mondoxyne nl.....	13
methotrexate sodium.....	114	mono-lynyah.....	103
methotrexate sodium (pf).....	114	montelukast sodium.....	132
METHOXSALLEN RAPID.....	87	morphine sulfate.....	4
methscopolamine bromide.....	92	morphine sulfate (concentrate).....	4
methsuximide.....	15	morphine sulfate er.....	3
METHYLDOPA.....	70	MOUNJARO.....	63
methylergonovine maleate.....	124	MOVANTIK.....	92
methylphenidate hcl.....	81,82	moxifloxacin hcl.....	13,128
methylphenidate hcl er.....	82	MOXIFLOXACIN HCL.....	13
methylprednisolone.....	96	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	128
methylprednisolone acetate.....	96	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	13
methylprednisolone sodium succ.....	97	MRESVIA.....	116
metoclopramide hcl.....	23	MULTAQ.....	71
metolazone.....	78	mupirocin.....	88
metoprolol succinate er.....	72	mycophenolate mofetil.....	114
metoprolol tartrate.....	72	mycophenolate mofetil hcl.....	114
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	76	mycophenolate sodium.....	114
metronidazole.....	8	mycophenolic acid.....	114

myorisan.....	84
MYRBETRIQ.....	95

## N

na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	92
nabumetone.....	2
nadolol.....	72
nafcillin sodium.....	11
nafrinse.....	89
NAGLAZYME.....	94
naloxone hcl.....	6
naltrexone hcl.....	6
naproxen.....	2
naproxen dr.....	2
naproxen sodium.....	2
naratriptan hcl.....	27
NATACYN.....	128
nateglinide.....	63
NAYZILAM.....	5
nebivolol hcl.....	72
necon 0.5/35 (28).....	103
NEFAZODONE HCL.....	22
neo-polycin.....	127
neo-polycin hc.....	127
neomycin sulfate.....	7
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	127
neomycin-polymyxin-dexameth.....	127
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	127
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	127
neomycin-polymyxin-hc.....	130
NERLYNX.....	39
nevirapine.....	55
NEVIRAPINE.....	55
NEVIRAPINE ER.....	55
nevirapine er.....	56
NEXPLANON.....	107
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE).....	79
niacin er (antihyperlipidemic).....	79
NIACOR.....	79
nicardipine hcl.....	73

NICOTROL.....	6
NICOTROL NS.....	6
nifedipine er.....	73
nifedipine er osmotic release.....	73
nikki.....	104
nilotinib hcl.....	39
nilutamide.....	29
nimodipine.....	73
NINLARO.....	40
nintedanib esylate.....	135
nitazoxanide.....	46
nitisinone.....	94
nitro-bid.....	80
nitrofurantoin macrocrystal.....	8
nitrofurantoin monohyd macro.....	8
nitroglycerin.....	80
NIVESTYM.....	69
NIZATIDINE.....	93
nora-be.....	107
norelgestromin-eth estradiol.....	104
norethin ace-eth estrad-fe.....	104
norethin-eth estradiol-fe.....	104
norethindrone.....	107
norethindrone acet-ethinyl est.....	104
norethindrone acetate.....	107
norethindrone-eth estradiol.....	104
norgestim-eth estrad triphasic.....	104
norgestimate-eth estradiol.....	104
norlyda.....	107
norlyroc.....	107
nortrel 0.5/35 (28).....	104
nortrel 1/35 (21).....	104
nortrel 1/35 (28).....	104
nortrel 7/7/7.....	104
nortriptyline hcl.....	23
NORVIR.....	58
NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	124
NOVOLIN R FLEXPEN.....	66
NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	66
NOVOLOG.....	66

NOVOLOG FLEXPEN.....	66	oralone.....	84
NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	66	ORGOVYX.....	109
NOVOLOG PENFILL.....	66	orquidea.....	107
NOVOLOG RELION.....	66	ORSERDU.....	29
NUBEQA.....	29	oseltamivir phosphate.....	59
NUPLAZID.....	51	OSPHENA.....	107
NURTEC.....	27	OTEZLA.....	87,111
NUTRILIPID.....	124	OTEZLA XR.....	87
nyamyc.....	25	OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	111
nylia 1/35.....	104	oxaprozin.....	2
nylia 7/7/7.....	104	oxcarbazepine.....	18
nymyo.....	104	oxybutynin chloride.....	95
nystatin.....	25,26	oxybutynin chloride er.....	95
nystatin-triamcinolone.....	87	oxycodone hcl.....	4
nystop.....	26	oxycodone-acetaminophen.....	4
<b>O</b>		OZEMPIC.....	63
ocella.....	104	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	63
octreotide acetate.....	109	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	63
OCTREOTIDE ACETATE.....	109	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	63
ODEFSEY.....	56	<b>P</b>	
ODOMZO.....	40	pacerone.....	71,72
ofloxacin.....	128,131	paliperidone er.....	51,52
OGSIVEO.....	40	PANRETIN.....	45
OJEMDA.....	40	pantoprazole sodium.....	93
OJJAARA.....	31	paricalcitol.....	119
olanzapine.....	51	paroxetine hcl.....	22
olmesartan medoxomil.....	70	PAROXETINE HCL.....	22
olmesartan medoxomil-hctz.....	76	paroxetine hcl er.....	22
olmesartan-amlodipine-hctz.....	76	PAXLOVID (150/100).....	59
omega-3-acid ethyl esters.....	79	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	59
omeprazole.....	93	PAXLOVID (300/100).....	60
OMNITROPE.....	93,98	pazopanib hcl.....	40
ondansetron.....	24	PAZOPANIB HCL.....	40
ONDANSETRON HCL.....	24	PEDIARIX.....	116
ondansetron hcl.....	24	PEDVAX HIB.....	116
ONUREG.....	30	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	92
OPIPZA.....	51	peg-3350/electrolytes.....	93
OPSUMIT.....	134	PEGASYS.....	113
OPVEE.....	124	PEMAZYRE.....	40

PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	124	pirmella 1/35.....	104
PEN NEEDLES.....	124	pirmella 7/7/7.....	104
PENBRAYA.....	124	piroxicam.....	2
penicillamine.....	96	PNV 27-CA/FE/FA.....	89
penicillin g potassium.....	11	podofilox.....	87
PENICILLIN G SODIUM.....	11	polycin.....	127
penicillin v potassium.....	11	polymyxin b-trimethoprim.....	128
PENMENVY.....	116	pomalidomide.....	29
PENTACEL.....	116	portia-28.....	105
pentamidine isethionate.....	46	posaconazole.....	26
pentoxifylline er.....	76	potassium chloride.....	89
perampanel.....	14,15	potassium chloride crys er.....	89
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	71	potassium chloride er.....	90
perio gard.....	84	potassium chloride in dextrose.....	90
permethrin.....	88	potassium chloride in nacl.....	90
perphenazine.....	24	potassium citrate er.....	90
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	20	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	90
PERSERIS.....	52	pramipexole dihydrochloride.....	47
pfizerpen.....	11	prasugrel hcl.....	69
PHENELZINE SULFATE.....	21	pravastatin sodium.....	78
phenobarbital.....	16	praziquantel.....	46
phenytek.....	18	prazosin hcl.....	70
phenytoin.....	18	prednisolone.....	97
phenytoin infatabs.....	18	prednisolone acetate.....	129
phenytoin sodium extended.....	18	prednisolone sodium phosphate.....	97
philith.....	104	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	129
PIFELTRO.....	56	prednisone.....	97
pilocarpine hcl.....	84,130	PREDNISONE.....	97
pimozide.....	49	PREDNISONE INTENSOL.....	97
pimtrea.....	104	pregabalin.....	83
pindolol.....	72	PREMARIN.....	105
pioglitazone hcl.....	63	PREMASOL.....	90
pioglitazone hcl-glimepiride.....	63	PREMIUM LIDOCAINE.....	5
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	63	prenatal vitamins.....	90
piperacillin sod-tazobactam so.....	11	prevalite.....	79
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	40	previfem.....	105
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	40	PREVYMIS.....	54
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	40	PREZCOBIX.....	58
pirfenidone.....	135	PREZISTA.....	58
PIRFENIDONE.....	135	PRIFTIN.....	28

primaquine phosphate	46
primidone	16
PRIORIX	117
PRO COMFORT ALCOHOL	124
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	124
probenecid	26
prochlorperazine	24
prochlorperazine maleate	24
procto-med hc	86
proctosol hc	86
proctozone-hc	86
progesterone	107
PROGRAF	114
promethazine hcl	24,132
propafenone hcl	72
propranolol hcl	72
PROPRANOLOL HCL	73
propranolol hcl er	73
propylthiouracil	110
PROQUAD	117
protriptyline hcl	23
PULMOZYME	133
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	124
pyrazinamide	28
pyridostigmine bromide	27
pyridostigmine bromide er	27
pyrimethamine	47

## Q

qc alcohol	87
QINLOCK	31
QUADRACEL	117
quetiapine fumarate	52
quetiapine fumarate er	52
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	125
quinapril hcl	71
quinapril-hydrochlorothiazide	76
QUINIDINE SULFATE	72
quinine sulfate	47
QVAR REDHALER	131

## R

ra isopropyl alcohol wipes	87
RABAVERT	117
rabeprazole sodium	94
RALDESY	22
raloxifene hcl	107
ramelteon	137
ramipril	71
ranolazine er	76
rasagiline mesylate	48
reclipsen	105
RECOMBIVAX HB	117
relafen	2
RELENZA DISKHALER	59
repaglinide	63
REPATHA	79
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	79
REPATHA SURECLICK	79
RESTASIS	127
RETACRIT	69
RETEVMO	40,41
REVCovi	94
REVUFORJ	41
REXULTI	52
REYATAZ	58
REZDIFFRA	108
REZLIDHIA	41
RHOPRESSA	130
RIBAVIRIN	54
ribavirin	54
RIDAURA	111
rifabutin	28
rifampin	28
rilpivirine hcl	56
riluzole	82
RIMANTADINE HCL	59
ringers	90
ringers irrigation	125
RINVOQ	111

RINVOQ LQ	111	SEREVENT DISKUS	133
risedronate sodium	119	sertraline hcl	22
risperidone	52	setlakin	105
risperidone microspheres er	52	sevelamer carbonate	91
ritonavir	58	sharobel	107
rivaroxaban	67	SHINGRIX	117
rivastigmine	19	SIGNIFOR	109
rivastigmine tartrate	19	sildenafil citrate	134
rizatriptan benzoate	27	SILIGENTLE FOAM DRESSING	125
ROCKLATAN	127	silodosin	96
roflumilast	134	silver sulfadiazine	87
ROMVIMZA	41	SIMBRINZA	130
ropinirole hcl	47	SIMLANDI (1 PEN)	114,115
ropinirole hcl er	47,48	SIMLANDI (1 SYRINGE)	115
rosadan	8	SIMLANDI (2 PEN)	115
rosuvastatin calcium	78	SIMLANDI (2 SYRINGE)	115
ROTARIX	117	simliya	105
ROTATEQ	117	simpesse	105
roweepira	15	simvastatin	78
ROZLYTREK	41	sirolimus	115
RUBRACA	41	SIRTURO	28
rufinamide	18	sitagliptin phos-metformin hcl	63
RUKOBIA	57	SKYRIZI	111,112
RYBELSUS	63	SKYRIZI (150 MG DOSE)	111
RYDAPT	41	SKYRIZI PEN	112
<b>S</b>		SMOFLIPID	125
sacubitril-valsartan	76	sodium chloride	90
sajazir	110	sodium chloride (pf)	90
SANDIMMUNE	114	sodium fluoride	90
SANTYL	87	sodium oxybate	137
sapropterin dihydrochloride	94	sodium phenylbutyrate	94
SCSEMBLIX	41	sodium polystyrene sulfonate	91
scopolamine	24	solifenacin succinate	95
SECUADO	52	SOLTAMOX	30
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	125	SOMAVERT	109
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES	125	sorafenib tosylate	42
selegiline hcl	48	sorine	72
selenium sulfide	86	sotalol hcl	72
SELZENTRY	57	sotalol hcl (af)	72
		SPIRIVA RESPIMAT	132

spironolactone.....	77
spironolactone-hctz.....	77
sprintec 28.....	105
SPRITAM.....	15
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	91
sronyx.....	105
ssd.....	87
STAVUDINE.....	56
STELARA.....	112
sterile water for irrigation.....	125
STIOLTO RESPIMAT.....	136
STIVARGA.....	42
STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
STRIBILD.....	55
subvenite.....	15
SUBVENITE.....	15
sucrafate.....	93
SULFACETAMIDE SODIUM.....	128
sulfacetamide sodium.....	128
sulfacetamide sodium (acne).....	84
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	128
sulfadiazine.....	13
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	13
sulfasalazine.....	118
sulfatrim pediatric.....	13
sulindac.....	2
sumatriptan.....	27
sumatriptan succinate.....	27
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	27
sunitinib malate.....	42
SUNLENCA.....	57
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	125
syeda.....	105
SYMPAZAN.....	16
SYMTUZA.....	58
SYNAREL.....	109
SYNJARDY.....	63
SYNJARDY XR.....	63
SYNRIBO.....	42
SYNTHROID.....	108

## T

TABLOID.....	30
TABRECTA.....	42
tacrolimus.....	86,115
tadalafil.....	96
tadalafil (pah).....	134
TAFINLAR.....	42
TAGRISSO.....	42
TALZENNA.....	42
tamoxifen citrate.....	30
tamsulosin hcl.....	96
tarina fe 1/20.....	105
tarina fe 1/20 eq.....	105
tasimelteon.....	137
tazarotene.....	84
TAZICEF.....	10
taztia xt.....	74
TAZVERIK.....	42
TDVAX.....	117
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	125
telmisartan.....	70
telmisartan-amlodipine.....	77
telmisartan-hctz.....	77
temazepam.....	137
TENIVAC.....	117
tenofovir disoproxil fumarate.....	56
TEPMETKO.....	42
terazosin hcl.....	70
terbinafine hcl.....	26
terconazole.....	26
teriflunomide.....	83
teriparatide.....	119
testosterone.....	98
testosterone cypionate.....	98
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	98
tetrabenazine.....	82
tetracycline hcl.....	13
THALOMID.....	30
theophylline er.....	134

thioridazine hcl.....	49	TRECATOR.....	28
thiothixene.....	49	TRELEGY ELLIPTA.....	136
tiadylt er.....	74	TRESIBA.....	66
tiagabine hcl.....	16	TRESIBA FLEXTOUCH.....	66
TIBSOVO.....	42	tretinoin.....	45,84
ticagrelor.....	69	tri femynor.....	105
TICOVAC.....	117	tri-estarylla.....	105
tigecycline.....	8	tri-linyah.....	105
timolol maleate.....	73,129	tri-mili.....	105
tinidazole.....	8	tri-nymyo.....	105
tiotropium bromide.....	132	tri-sprintec.....	105
tis-u-sol.....	125	tri-vylibra.....	105
TIVICAY.....	55	triamcinolone acetonide.....	84,86
TIVICAY PD.....	55	triamterene-hctz.....	77
tizanidine hcl.....	53	triazolam.....	137
tobramycin.....	128,133	triderm.....	86
tobramycin sulfate.....	7	trientine hcl.....	91
tobramycin-dexamethasone.....	128	TRIENTINE HCL.....	91
tofacitinib citrate.....	112	trifluoperazine hcl.....	49
tofacitinib citrate er.....	112	TRIFLURIDINE.....	128
TOLAK.....	88	trihexyphenidyl hcl.....	47
tolterodine tartrate.....	95	TRIKAFTA.....	134
tolterodine tartrate er.....	95	trimethoprim.....	8
tolvaptan.....	90,91	trimipramine maleate.....	23
topiramate.....	15	TRINTELLIX.....	22
toremifene citrate.....	30	TRIUMEQ.....	56
toremide.....	77	TRIUMEQ PD.....	56
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	66	trivora (28).....	105
TOUJEO SOLOSTAR.....	66	TRIZIVIR.....	56
TPN ELECTROLYTES.....	90	trospium chloride.....	95
TRADJENTA.....	64	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	125
tramadol hcl.....	4	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	125
tramadol hcl er.....	3	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	125
tramadol-acetaminophen.....	5	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	126
trandolapril.....	71	TRULICITY.....	64
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	77	TRUMENBA.....	117
tranexamic acid.....	69	TRUQAP.....	43
tranylcpromine sulfate.....	21	TUKYSA.....	43
travoprost (bak free).....	130	tulana.....	107
trazodone hcl.....	22	TURALIO.....	43

turqoz.....	105
TWINRIX.....	117
TYBOST.....	57
TYENNE.....	112
TYMLOS.....	119
TYPHIM VI.....	117

## U

UDENYCA.....	69
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE ...	126
UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	126
UNIFINE PENTIPS.....	126
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	126
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	126
unithroid.....	108
UPTRAVI.....	134
ursodiol.....	93
USTEKINUMAB.....	112
USTEKINUMAB-AEKN.....	112

## V

valacyclovir hcl.....	59
VALCHLOR.....	88
valganciclovir hcl.....	54
valproate sodium.....	15
valproic acid.....	15
valsartan.....	70
valsartan-hydrochlorothiazide.....	77
VALTOCO 10 MG DOSE.....	16
VALTOCO 15 MG DOSE.....	16
VALTOCO 20 MG DOSE.....	16
VALTOCO 5 MG DOSE.....	17
valtya 1/35.....	105
VALTYA 1/50.....	105
vanadom.....	136
vancomycin hcl.....	8
VANFLYTA.....	43
VAQTA.....	117
varenicline tartrate.....	6
varenicline tartrate (starter).....	6

varenicline tartrate(continue).....	6
VARIVAX.....	118
VAXCHORA.....	118
VELIVET.....	106
VENCLEXTA.....	43
VENCLEXTA STARTING PACK.....	43
venlafaxine hcl.....	22
venlafaxine hcl er.....	22
VEOZAH.....	82
verapamil hcl.....	74
VERAPAMIL HCL ER.....	74
verapamil hcl er.....	74
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	126
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	126
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	126
VERQUVO.....	77
VERSACLOZ.....	53
VERZENIO.....	43
vestura.....	106
vienva.....	106
vigabatrin.....	17
vigadrone.....	17
VIGAFYDE.....	17
vigpoder.....	17
vilazodone hcl.....	22
VIMKUNYA.....	118
violele.....	106
VIRACEPT.....	58,59
VIREAD.....	57
VITRAKVI.....	43
VIVOTIF.....	118
VIZIMPRO.....	44
volnea.....	106
VONJO.....	45
VORANIGO.....	44
voriconazole.....	26
VOSEVI.....	54
VOWST.....	126
VRAYLAR.....	52
vyfemla.....	106

vylibra .....	106
VYZULTA .....	130

## W

warfarin sodium .....	68
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE .....	126
WELIREG .....	31
wera .....	106
WINREVAIR .....	134
wixela inhub .....	136
wymzya fe .....	106
WYOST .....	119

## X

XALKORI .....	44
XARELTO .....	68
XARELTO STARTER PACK .....	68
XATMEP .....	115
XCOPRI .....	15,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) .....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) .....	18
XDEMVY .....	128
XELJANZ .....	112
XELJANZ XR .....	112
xelria fe .....	106
XERMELO .....	92
XIFAXAN .....	8,9
XIGDUO XR .....	64
XIIDRA .....	128
XOFLUZA (40 MG DOSE) .....	59
XOFLUZA (80 MG DOSE) .....	59
XOLAIR .....	112
XOSPATA .....	44
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) .....	44
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) .....	44
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) .....	44
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) .....	44
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) .....	44
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) .....	44,45
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) .....	45

XTANDI .....	29
xulane .....	106

## Y

YESINTEK .....	112
YF-VAX .....	118
yuvafem .....	106

## Z

zafemy .....	106
zafirlukast .....	132
zaleplon .....	137
ZARXIO .....	69
ZEJULA .....	45
ZELBORAF .....	45
zenatane .....	85
ZENPEP .....	95
zidovudine .....	57
ziprasidone hcl .....	52
ziprasidone mesylate .....	53
ZIRGAN .....	128
zoledronic acid .....	120
ZOLINZA .....	31
zolpidem tartrate .....	137
ZONISADE .....	18
zonisamide .....	18
zovia 1/35 (28) .....	106
ZTALMY .....	17
zumandimine .....	106
ZURZUVAE .....	20,21
ZYDELIG .....	45
ZYKADIA .....	45
ZYPREXA RELPREVV .....	53

**ក ផ្នែក គ្រោះ អ ក ច្រើន ចម្រុះ យស្រី ចម្រុះ ៖ ប្រសិទ្ធភាព ៖ ប្រសិទ្ធភាព រុក្ខាប្រមាញ់ លីង រ ប្រម ក្រីលេខទំព័រដែលអ ក ច្រើន ចម្រុះ ៖ ប្រសិទ្ធភាព ប្រសិទ្ធភាព ប្រសិទ្ធភាព អ ក**

ANALGESICS.....	1
ANESTHETICS.....	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	5
ANTIBACTERIALS.....	6
ANTICONVULSANTS.....	14
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	19
ANTIDEPRESSANTS.....	20
ANTIEMETICS.....	23
ANTIFUNGALS.....	25
ANTIGOUT AGENTS.....	26
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	26
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	27
ANTIMYCOBACTERIALS.....	28
ANTINEOPLASTICS.....	28
ANTIPARASITICS.....	46
ANTIPARKINSON AGENTS.....	47
ANTIPSYCHOTICS.....	48
ANTISPASTICITY AGENTS.....	53
ANTIVIRALS.....	54
ANXIOLYTICS.....	60
BIPOLAR AGENTS.....	61
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	61
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	66
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	69
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	81
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	83
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	84
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	88
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	91
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	94
GENITOURINARY AGENTS.....	95
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	96
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	97
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	98
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	108

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	109
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	110
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	110
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	118
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	119
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	120
OPHTHALMIC AGENTS.....	127
OTIC AGENTS.....	130
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	131
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	136
SLEEP DISORDER AGENTS.....	137

## Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call

**1-800-452-4413 (TTY:711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-452-4413 (TTY:711)**. These services are free.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու

խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

### **简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

### **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-452-4413 (TTY: 711)**

へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

**1-800-452-4413 (TTY: 711)**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

**1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:



ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਰਵੋਤਮ ਸੇਵਾ ਮਹਾਂਕ੍ਰਮ ਨੂੰ ਵੀ ਵੇਖੋ ਕਿ ਆਰਕਾਈਵ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰ

ਦੁਰਲੱਭ ਮੁੱਖ ਨੰਬਰ **1-800-452-4413 (TTY:711)**।

ਸੇਵਾ ਮੁੱਖ ਨੰਬਰ: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਚਾਰਜ ਵੀ।

### مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

**1-800-452-4413 (TTY: 711)** توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های (711) **1-800-452-4413 (TTY: 711)** خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. (711)

### ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ

**1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ,

ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ

**1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия TTY: 711).

Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы

крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру

**1-800-452-4413** (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al

**1-800-452-4413** (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-452-4413** (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711) นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

# សេចក្តីជូនដំណឹងការមិនរើសអើង

ការរើសអើង គឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ Blue Shield of California ប្រតិបត្តិតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិល នៃរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ Blue Shield of California មិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់, បដិសេធមនុស្ស, ឬប្រព្រឹត្តិទៅលើពួកគេ ខុសៗគ្នា ដោយសារតែ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផៅសន្តាន, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភោគ, អត្តសញ្ញាណភិនភោគ ឬបែបសេពសន្ថវៈ ឡើយ។

Blue Shield of California ផ្តល់៖

- » ជំនួយ និងសេវាឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាសំរាប់មនុស្សដែលពិការ ដើម្បីជួយគេប្រាស្រ័យទាក់ទងឲ្យបានល្អប្រសើរ ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាមានលក្ខណសម្បត្តិ
  - ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំៗ, សំឡេង, ទំរង់អេឡិកត្រូនិកអាចយកបាន, ទំរង់ផ្សេងទៀត)
- » សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាសំរាប់មនុស្សដែលភាសាបឋមរបស់គេ មិនមែនអង់គ្លេសដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែមានលក្ខណសម្បត្តិ
  - ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាភាសាផ្សេងទៀត
- » បើសិនអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ ទាក់ទង Blue Shield of California ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក – 8 ល្ងាច ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ ហៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន ក្នុងតំបន់របស់អ្នក៖

1-800-452-4413. បើសិនអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយមិនបានល្អទេ សូមហៅ TTY: 711។ ឯកសារនេះអាចផ្តល់ជូនអ្នក តាមសំណូមពរ ជាអក្សរប្រិាល, អក្សរពុម្ពធំៗ, កាសែតសំឡេង, ឬទំរង់អេឡិកត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលសំណើណាមួយ ជាទំរង់ដទៃទៀតទាំងនេះ សូមហៅ ឬសរសេរសំបុត្រទៅ៖

Blue Shield of California  
601 12th Street  
Oakland, CA 94607-3613  
1-800-452-4413 (TTY: 711)

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.  
A57166DSN-KH\_0725 H2819\_25\_325B\_C 07082025

---

## **របៀបប្តឹងសារទុក្ខ**

បើសិនអ្នកជឿថា Blue Shield of California បានខកខានផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយលើសច្បាប់ ក្នុងលក្ខណៈណាមួយទៀត ដោយយោងលើ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផ្ទះសំបែង, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភាគ, អត្តសញ្ញាណភិនភាគ, ឬបែប សេពសន្ថវៈ, អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខជាមួយ អ្នកសំរេចសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ Blue Shield of California ។ អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខ តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយ ផ្ទាល់មុខ ឬជាអេឡិកត្រូនិក៖

- » តាមទូរស័ព្ទ៖ ទាក់ទង អ្នកសំរេចសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ Blue Shield of California ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក - 8 ល្ងាច ថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ដោយហៅ 1-844-831-4133។  
ឬ បើសិនអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយមិនបានល្អ សូមហៅ TTY/TDD 711។
- » ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ឬសរសេរសំបុត្រ និងផ្ញើទៅ៖

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011. [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com).

- » ដោយផ្ទាល់មុខ៖ ទស្សនាការិយាល័យ នៃវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Blue Shield of California និងថ្លែង ថាអ្នកចង់ប្តឹងសារទុក្ខ។
  - » ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ទស្សនាគេហទំព័រ របស់ Blue Shield of California នៅ [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com)
- ។

---

## **ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

អ្នកក៏អាចប្តឹងបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយ ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬជាអេឡិកត្រូនិកដែរ៖

- » តាមទូរស័ព្ទ៖ ហៅ 1-916-440-7370។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬឮបានល្អ សូមហៅ 711 (សេវាទូរគមនាគមន៍បណ្តាក់សារ)។
- » ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង គឺមាននៅ [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

។

- » ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)។

---

# ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល – ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

បើសិនអ្នកជឿថា អ្នកត្រូវបានរើសអើងប្រឆាំង ដោយយោងលើ ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, ដើមកំណើត, អាយុ, ភាពពិការ ឬភេទ, អ្នកក៏អាចប្តឹងបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ ការិយាល័យសំរាប់សិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែរ៖

- » តាមទូរស័ព្ទ៖ ហៅ 1-800-368-1019។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬឮបានល្អ សូមហៅ TTY/TDD 1-800-537-7697។
- » ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង គឺមាននៅ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>។  
ជាអន្តិកត្រួតពិនិត្យ៖ ទស្សនាគេហទំព័រ នៃការិយាល័យសំរាប់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល នៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>។

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 06/23/2026 ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលទៅកាន់ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។

---

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan** តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2026](https://blueshieldca.com/medformulary2026)។



06/23/2026