



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

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់បញ្ជីឈ្មោះឱសថ 26258 កំណែ 21

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 04/21/2026 ។

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

H2819_25_357A_C Approved 08202025

A55568EAE-KH (05/26)

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។



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 ឬត្រូវអនុវត្តវិធានការចាំបាច់អ្វីខ្លះដើម្បីទទួលបានឱសថនោះ? 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។



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 137

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។



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 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 ភាសាស្ប៉ានី 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។



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។



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។



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។



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.

ຜູ້ຊົມເຊີຍ: ບຸກຄົນເຮົາຈຳນວນຫຼາຍ

ບຣູນິສເບີຜູ້ມີສິດສຳນຸນ ສູບສູນສູນກາສັກກະແກງ Blue Shield TotalDual Plan ຄ້າຍພະເລຂ
(800) 452-4413 (TTY:711) ຕື້ເຍ້າ 8 ຕື້ກຸ ຈຸລັເຍ້າ 8 ພັບ. ເຍ້າເຮົາສັບສັດຊ້າສື່ງກຸ
ບຸຣຳຕື້ກຸສູບສູນສູນກາສັກກະແກງ ເຊີ່ງຮູບຮ່າງສູບສູນສູນກາສັກກະແກງ
ສູບສູນສູນກາສັກກະແກງ 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។



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 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 ТTY: 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។



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។



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 (អក្សរចេរុអ្នកធំៗ 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។



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) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបញ្ជីសម្គាល់អ្នកទទួលបាន (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 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។



B2. តើបញ្ជីឱសថមានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?

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

យើងក៏អាចកែប្រែវិធានរបស់យើងចំពោះឱសថផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចថាគម្រូរ ឬមិនគម្រូរឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុនចំពោះឱសថ។ (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។ 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។



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។

ពេលខ្លះឱសថមួយអាចត្រូវបានដកចេញមកឃើញថាមិនមានសុវត្ថិភាព 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។



- 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។



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

អ្នកអាចស្វែងរកថាតើឱសថរបស់អ្នកមានការតម្រូវឬការដាក់កម្រិតបន្ថែមដែរឬទេដោយការចូលមើលតារាងនៅក្នុង **ផ្នែក C**។ អ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាម 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។



ដើម្បីស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម សូមរកមើលឱសថរបស់អ្នកនៅ ក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ លោកអ្នកអាចស្វែងរកវានៅក្នុងលិបិក្រមដែលចាប់ផ្តើមនៅលើទំព័រ 137 ។ លិបិក្រមនេះផ្តល់នូវបញ្ជីឈ្មោះឱសថទាំងអស់តាមអក្ខរក្រមដែលដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងឯកសារនេះ។ ទាំងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងទាំងឱសថទូទៅត្រូវរាយឈ្មោះនៅក្នុងលិបិក្រមនេះ។ ស្វែងរកនៅក្នុងលិបិក្រម ហើយរកឃើញឱសថរបស់លោកអ្នក។ នៅជាប់នឹងឱសថរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកនឹងឃើញលេខទំព័រដែលលោកអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងរក **តាមរយៈស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ** សូមរកមើលផ្នែកដែលមានឈ្មោះ “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ”។

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានចាត់តាមប្រភេទផ្សេងៗដោយផ្អែកលើ ប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលវាព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែស្វែងរកមើលនៅក្នុងប្រភេទភ្នាក់ងារសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

B8. មានបញ្ហាអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើ ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថ?

ប្រសិនបើអ្នករកមិនឃើញឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុង បញ្ជីឱសថទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតក្រដាសនៃឯកសារនេះ 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) 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 (លុះត្រាតែអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ប្រើក្នុងរយៈពេលតិចជាងនេះ) 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។



គោលការណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ

នៅក្នុងកាលៈទេសៈដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កំពុងកែប្រែពីមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៅមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៀត គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងធានាឱ្យមានដំណើរការរាប់រហ័សសម្រាប់ការអនុម័តឱសថផ្នែក D ដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថ។ ដំណើរការនេះនឹងអនុវត្តចំពោះបញ្ជីឱសថផ្នែក D ដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬការព្យាបាលជាជំហាន។ ឧទាហរណ៍ពិភពមិត្តផ្លាស់ប្តូរការថែទាំអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលចេញពីមន្ទីរពេទ្យទៅសម្រាកផ្ទះ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបញ្ចប់ការសម្រាកនៅមន្ទីរថែទាំជំនាញនៃ Medicare ផ្នែក A របស់ខ្លួន និងអ្នកដែលត្រូវការប្តូរទៅបញ្ជីឱសថគម្រោងផ្នែក 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។



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

B13. តើខិតសម្រេចទៅជាអ្វី?

ខិតសម្រេចទៅត្រូវបានផលិតឡើងពីសមាសធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងខិតសម្រេចមានម៉ាកយីហោដែរ។ ជាធម្មតា ខិតសម្រេចទាំងនេះមានតម្លៃថោកជាងខិតសម្រេចដែលមានម៉ាកយីហោ ហើយជាទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា។ ជាធម្មតា ខិតសម្រេចទៅមិនសូវមានឈ្មោះល្បីនោះទេ។ ខិតសម្រេចទៅ ត្រូវបានអនុម័តដោយ Food and Drug Administration (FDA) ។ មានខិតសម្រេចទៅដែលអាចរកបានសម្រាប់ខិតសម្រេចមានម៉ាកយីហោជាច្រើន។ ជាធម្មតា ខិតសម្រេចទៅអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ខិតសម្រេចមានម៉ាកយីហោនៅខិតសម្រេចស្ថានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី— អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងទាំងខិតសម្រេចមានម៉ាកយីហោ និងខិតសម្រេចទៅ។

B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាអ្វី ហើយតើ វាពាក់ព័ន្ធយ៉ាងណាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា?

នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើខិតសម្រេច វាអាចមានន័យថាជាខិតសម្រេច ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ គឺជាខិតសម្រេចដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងខិតសម្រេចធម្មតា។ ដោយសារតែផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងខិតសម្រេចធម្មតា ជំនួសឱ្យការមានទម្រង់ទូទៅ វាមានទម្រង់ដែលគេហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាធ្វើការល្អដូចផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយអាចមានតម្លៃថោកជាង។ មានជម្រើសផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួន គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបានហើយ អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ អាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅខិតសម្រេចស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចគ្នានឹងខិតសម្រេចទៅ អាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ខិតសម្រេចមានម៉ាកយីហោ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទខិតសម្រេច សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក។

B15. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ ខិតសម្រេចមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់ ខិតសម្រេចមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់

អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ជាទូទៅ ខិតសម្រេចដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ គឺជាខិតសម្រេចដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាប់រង រយៈពេលវែង។ ខិតសម្រេចអាចស្វែងរកបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីខិតសម្រេចរបស់យើង។

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។



- 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។



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។



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) 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។



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។



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។



ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនិមិត្តសញ្ញាឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	

**អនុញ្ញាតឱសថដែលបានស្នើសុំពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យសុព្យាបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា៖ ជាយថ្ងៃនេះ ជាយថ្ងៃនេះ
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអង្គការសុខភាពសកលពិភពលោក៖ ជាយថ្នាំប្រើប្រាស់
សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺឈាមរាងកាយស្រវឹងស្រវឹង C14**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<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
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	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
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នបទ្រង់ការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយល់កុលុខផ្តល់កែ C1។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
នៃអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរណាយនីកុនុនតារាង C1។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្នល់ឱសថ អុធិ (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូរីមុរាស់
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANESTHETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្នល់ឱសថ អុធិ (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូរីមុរាស់
LOCAL ANESTHETICS		
<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

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរាសតិពីអតថន័យននៃមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតលីកុន្តាវន្តៈ ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពុយល់ជលែមរាមយនកុន្តាវន្តៈ C14**

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើសថ អ៊ី (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 & 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	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើសថ អ៊ី (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)

**អ្នកប្រកាសថ្នាំនេះត្រូវបានសម្រេចដោយមន្ត្រីសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នាំប្រើប្រាស់
សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺប្រព័ន្ធប្រើសថក្នុងក្រុមគ្រួសារ C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កំរិតថ្នាំ)	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល្បីយនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍មរណសតិក្នុងតំបន់៖ ជាយថ្នូរទៅគ្នា
សម្រេចក្តីពុទ្ធសាសន៍ដល់បរមរាជវង្សានុវង្ស** CI។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	Tier 4	QL (1 PER 30 DAYS)
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
នៃអង្គការសកលកូន្មតារាជ្យ: ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពនុយល់ដលែមរណយនកូន្មតារាជ្យ C14**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសកលកុល្លាតារាងនេះ ជាយថ្នបទណ៍កាន
សចេកុតិពនុយល្លដលែមរណយសវកុល្លាផ្តល់តែ C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<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	

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺបាក់តេរីយ៉ាតូស៊ីស ត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺបាក់តេរីយ៉ាតូស៊ីស តាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ ឬគ្រូបង្ហាត់បង្រៀន ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដល់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺបាក់តេរីយ៉ាតូស៊ីស លើកញ្ចប់ថ្នាំ C1។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនិមត្តិបច្ចុប្បន្នឱសថ អនិមត្តិ (អ៊ីនធឺណេត)	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	
CARBAPENEMS		
<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	
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍កុល្លាតារាណៈ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបក្នុងព័ត៌មានលំដាប់មរណយន៍កុល្លាតារាណៈ C14**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	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)
QUINOLONES		
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកុលាភិក្ខុនៃព្រះ ជាយចូលទីកាល
សចេក្កតិពុល័យលំដែលមរណយនកុលាភិក្ខុនៃ C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
SULFONAMIDES		
<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	
TETRACYCLINES		
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតលីកុនុនតារាងនេះ ជាយច្ចុលទីកាន
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃមរណយលវកុនុនផ្តលតែ C14**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មនៃប្រភេទថ្នាំឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីនធឺណេស៊ីយ៉ង់)	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)
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	ST, QL (20 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)

អនុកម្មថ្នាំឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថស្របច្បាប់ និងសេចក្តីណែនាំរបស់អង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថស្របច្បាប់។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<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>roweepira 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 (16 ML PER 1 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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភ្នែក៖ ជាយថ្នបទដ្ឋាន
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរោគចិត្តសញ្ជាតិ C1។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	
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)

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាសរសៃឈាមខួរក្បាល
និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាសរសៃឈាមខួរក្បាល
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាសរសៃឈាមខួរក្បាល C1។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិសក្កានុវត្តន៍សាធារណៈ ជាយថ្នរដ្ឋការន
សម្រេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយលវកុលុខុផ្តនតៃ C14**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<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)
<i>XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)</i>	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK</i>	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION</i>	Tier 4	

**អនុញ្ញាតសរសេរឱ្យមានសិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍លើមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការការពារកុមារនៃ៖ ជាយថ្នាលទីការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មានរាយនាមក្នុងផ្នែក C1។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទវកាន
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តលតែ C1។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), 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
<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
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកប្រកាសនេះបានសម្រេចយល់ពីមតិយោបល់
និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកប្រកាសនេះ ជាមួយនឹងការ
សម្រេចយល់យល់ដឹងថាមានការយល់ព្រមពីអ្នកប្រកាសនេះ C1។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនិបិដកថ្នល់ឱសថ អ៊ី (អ៊ីអិដូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល់ដលែមរណយនវកុនុខផ្តលតែ C1។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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, 50 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)
TRICYCLICS		
<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
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថត្រឹមត្រូវតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ
និងអ្នកប្រកាសថ្នាំក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដល់ថ្នាំឱសថនៅក្នុងផ្នែក C1។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (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	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ
និងអ្នកសុខាភិបាល។ ប្រសិនបើមានបញ្ហាណាមួយ
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ ត្រូវទាក់ទងគ្រូពេទ្យ។**

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 & 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
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិសរកាតនៃក្រុមការងារនេះ ជាយថ្ងៃនៃការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយនៃក្រុមការងារ C1។**

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ (ក្រិតូណា)	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>micalfungin 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	

**អនុញ្ញាតឱសថដែលក្រិតូណាបានស្នើសុំអនុវត្តយល់ព្រមលើមិត្តភាពសញ្ញា
និងអង្គការក្រសួងសុខាភិបាលខ្មែរ ជាយុទ្ធសាស្ត្រការងារ
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ C1។**

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	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	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	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	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុព្យាបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺរាងកាយសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ C1។**

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (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 មុនី (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	

**អ្នកប្រកាសថ្នាំនេះអាចមានសក្តានុពលបណ្តាលឱ្យមានផ្លូវចិត្តស្រព្វក្រ
និងអ្នកប្រកាសថ្នាំនេះអាចមានផ្លូវចិត្តស្រព្វក្រ ជាយូរមកហើយ
សម្រាប់ព្រះបាទសម្តេចនាយករដ្ឋមន្ត្រី ហ៊ុន សែន**

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្កប់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	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	ឈ្មោះកម្រិតបង្កប់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតលីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយនកុនុនតារាង C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុចតារាងនេះ ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុចផ្តល់តែ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិសរកាតនាំកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបកម្មិតនុយល់ដលៃមរណយនាំកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែបានស្រាវជ្រាវពីមុនស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែបានស្រាវជ្រាវពីមុនស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែបានស្រាវជ្រាវពីមុនស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (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

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ ជាយថ្នកវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ការសម្រេចកម្រិតថ្នាក់ដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍ក្នុងតារាងនេះ ជាយច្ចុលទីការ
សចេក្តីពន្យល់ដលៃមរណយន៍ក្នុងផ្នែក C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
<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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះត្រូវតែមានការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ និងត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍ក្នុងតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរណាយន៍ក្នុងផ្នែក C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងនេះអាចមានហានិភ័យខ្ពស់នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងនេះ ដោយចូលរួមការសម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានហានិភ័យនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងនេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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
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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែត្រួតពិនិត្យរោគសញ្ញា និងរោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ជាមួយគ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ ដើម្បីជៀសវាងការប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែត្រូវបានប្រើប្រាស់តាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃមិត្តភក្តិសញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនីកុនុនតារាង C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែអានសៀវភៅព័ត៌មានអំពីថ្នាំ និងប្រើប្រាស់តាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាល។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រព្យឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពកម្ពុជាសម្រាប់ប្រជាជន៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះពីជំងឺមរណសតិដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំសម្រាប់ប្រជាជន C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
<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

**អ្នកប្រកាសថ្លៃឱសថនៃក្រុមហ៊ុនស្រីលីមីតធីតស្រីលីមីតស្រីលីមីត
និងអ្នកប្រកាសថ្លៃឱសថនៃក្រុមហ៊ុនស្រីលីមីតធីតស្រីលីមីតស្រីលីមីត
សម្រាប់ឱសថដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងខាងលើ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែបានស្រាវជ្រាវនៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអង្គការការពារកម្ពុជាសម្រាប់ជំងឺមហារីក៖ ជាយថ្នាំប្រឆាំងមហារីក
សម្រាប់ជំងឺមហារីកស្រាប់តែបានស្រាវជ្រាវនៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកសម្រាប់ជំងឺមហារីកស្រួចស្រាវជ្រាវ
និងអង្គការគ្រួសារកម្ពុជាសម្រាប់ជំងឺមហារីកស្រួចស្រាវជ្រាវ
សម្រាប់ជំងឺមហារីកស្រួចស្រាវជ្រាវសម្រាប់ជំងឺមហារីកស្រួចស្រាវជ្រាវ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	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 sulfate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)

អ្នកប្រកាសថ្លៃឱសថនៃក្រសួងសុខាភិបាលស្របតាមការស្នើសុំរបស់ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសុខាភិបាល និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ ដោយចូលរួមការសម្រេចក្នុងកិច្ចប្រជុំប្រតិបត្តិការរបស់គណៈកម្មាធិការសុខាភិបាល ថ្ងៃទី ១៤ ខែ មេសា ឆ្នាំ ២០២១ ។

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 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 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	
<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	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICHOLINERGICS		
<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	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតលីកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបក្នុងព័ត៌មានលំអិតបរិយាយនូវកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្នាក់ C1។**

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
DOPAMINE AGONISTS		
<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)
<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)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<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	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទវកាន
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តលតែ C1។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្កប់ថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
1ST GENERATION/TYPICAL		
<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	
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)	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	
<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	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ជំងឺប្រាណ្យសាស្ត្រ
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា ដោយចូលរួមការ
សម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានវាយតម្លៃថ្នាំ C1។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទប្បទិន្នន័យឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមទៀតបាននៅលើគេហទំព័រ www.fda.gov និងអង្គការការពារអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ (NAMI) តាមរយៈការទាក់ទងទៅលើគេហទំព័រ www.nami.org ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដល់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមទៀត C1។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (ក្រិតទូលាត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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)

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តស្រដៀងគ្នា
នឹងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តស្រដៀងគ្នា
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តស្រដៀងគ្នា C1។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃមិត្តភក្តិសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍កុល្លាតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃមរណយន៍កុល្លាតន៍កុល្លាតន៍ C1។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ដោយចូលធានាការ
សម្រេចក្នុងការពិចារណាដល់សុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ។**

ANTISPASTICITY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
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	

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាសត្រូផិក្កាវិស័យសុខាភិបាល៖ ជាយថ្នបទណ្ឌកាតា
សចេកុតិពុលយល់ដឹងមានរាយនាវាកុលុខផ្តល់តែ C1។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអង្គការកុលាភិក្ខុនៃស្ថាប័ននេះ ជាយថ្នលទ្ធិការន
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃមរណយនកុលាភិក្ខុនកែ C1។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសដើម (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
EFAVIRENZ 50 MG CAP	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<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)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការសកលកុល្លាភាពនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបក្នុងព្រលន័យនៃមរណសតិកុល្លាភាព C1។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
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
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុកម្មាចសវនៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តលតែ C1។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកាតាតន៍កូនតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃមរណយន៍កូនតារាង C1។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីនធឺណេត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាសត្រូផិកាស្ត្រីកាស្ត្រី ជាយថ្នករណ៍ការ
សង្គមក្រុមនៃយល់ដឹងមរណសតិកាតាសត្រូផិកាស្ត្រី C1។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមស្រស់ក្រហម C14**

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អុធិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	Tier 3	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<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	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អុធិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
MOOD STABILIZERS		
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែបរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

BIPOLAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតកុល្យតារាងនេះ ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃបរណយនកុល្យតុនកែ C14**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
<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 (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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតកុល្យតារាងនេះ ជាយចូលទិវាការ
សង្ខេបក្នុងព្រះបរមរាជវាំងនៃបរមរាជវាំងនៃក្រុងភ្នំពេញ ២០២១**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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)
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)
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 (10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 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)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG RECON SOLN, 1 MG/ML RECON SOLN)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពកូនក្រមុំសុខភាពស្រី៖ ជាយថ្នប្រធានការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណសតិកូនក្រមុំសុខភាព C1។**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសកលក្នុងតំណាងនៃ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយនៃកម្រិតថ្លៃថ្នាក់ C1។**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភ្នែក: ជាយថ្នាបណ្ឌិត
សម្រេចក្នុងនាមនៃរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល** C14

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍កុល្លាតារាងនេះ ដោយចូលធានាការ
សង្ខេបក្នុងព្រលន៍ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតកុល្លាតន៍កុល្លាតន៍ C1។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<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)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាំប្រយោជន៍
សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺឈាមរាងកាយស្រស់ក្នុងផ្នែក C1។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពកម្ពុជាសម្រាប់ប្រជាជន៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម ២០២១**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសកលកូនក្រហមស្រី៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមស្រស់កូនក្រហម C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទប្បទានឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<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	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<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	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ: ជាយចូលធានាការ
សង្គតិពល័យនៃជំងឺមរណសតិក្នុងក្រុមគ្រូ C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
ANTIARRHYTHMICS		
<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	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការក្រុមប្រឹក្សាប្រឹក្សាប្រឹក្សាប្រឹក្សាប្រឹក្សាប្រឹក្សាប្រឹក្សា
សម្រេចក្នុងកិច្ចប្រជុំលើកទី១៧៧៧របស់គណៈកម្មាធិការប្រឹក្សាប្រឹក្សាប្រឹក្សាប្រឹក្សា C14**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នបទដ្ឋាន
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថសាស្ត្រសុខភាព** C14

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
<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	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<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	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកាតាតន៍កូនតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបកម្មិតនុយល័ន័យនៃមរណសតិកូនតារាង C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយចូលឆ្នាំកាល
សចេកុតិពុយល័ដលែមរណយនក្រុងភ្នំពេញ ២០២១**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
នៃអង្គការសកលកូន្មតារាជ្យ: ជាយចូលធានាការ
សម្រេចកិច្ចសន្យាសេវាសុខភាពសាធារណៈកូន្មតារាជ្យ** C14

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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>metyrosine 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)
<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	

**អនុញ្ញាតឱសថនៃក្រុមហ៊ុនស្រីស្រីអភិវឌ្ឍន៍យុវជនស្រីស្រីសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា ដោយចូលរួមការ
សហការជាមួយស្ថាប័នសុខាភិបាលជាតិ និងស្ថាប័នសុខាភិបាលក្រុង C14**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tab, 40 mg tab, 8 mg/ml solution, 80 mg tab)</i>	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>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សង្គមកម្ពុជានុយល័ងលែមរណយសវកុនុខផ្តលកែ C14**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមថ្នាំឬប្រភេទថ្នាំ (ក្រុមថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<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	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<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	
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	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងផ្នែក C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
<i>dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	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	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំសម្រាប់ជំងឺចាញ់ច្រវិចស្រាវជ្រាវ
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា ដោយចូលរួមការ
សម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានវាយតម្លៃថ្នាំសម្រាប់ជំងឺចាញ់ច្រវិចស្រាវជ្រាវ C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
<i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាលីកុលនៃស្ថាប័ននេះ ជាយថ្នល់ធានាការ
សម្រេចកុំឱ្យយល់ដឹងមានរាយនាវាកុលផ្តល់កែ C14**

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<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)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
<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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតូលិកក្នុងតំបន់នេះ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដែលមានរាយការណ៍ក្នុងផ្នែក C1។**

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
FIBROMYALGIA AGENTS		
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)
<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 & 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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិសរកាតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរម័ត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការក្រសួងសុខាភិបាល៖ ជាយថ្នូរទៅកាន់
សម្រេចក្នុងព្រះបរមរាជវាំងនៃប្រទេសកម្ពុជា** C14

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	Tier 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	Tier 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	Tier 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	Tier 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុលុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយនវកុលុខផ្តល់តែ C1។**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍កុល្លាតារាណៈ ជាយចូលទៅកាន
សម្រេក្តីពុទ្ធសាសន៍នៃបរមរាជវាំងកុល្លាតារាណៈ C14**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍មរណសតិក្នុងតំបន់៖ ជាយចូលទៅកាន់
សម្រេចក្នុងព្រឹត្តិបត្រនៃសមាគមយុវជនកម្ពុជា C14**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុព្យាបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមស្រស់ក្រហម C1។**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
DEXTROSE-NAACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
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)	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមស្រស់ និងជំងឺឈាមស្រស់ដទៃទៀត C14**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសកលក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក៖ ជាយថ្នបទដ្ឋានការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយនៃការកំណត់ថ្លៃថ្នាំ C1។**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើសម្រាប់ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
<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 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<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)
PHOSPHATE BINDERS		
<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
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភ្នែក៖ ជាយថ្នាបណ្ណាល័យ
សម្រាប់កុមារភ្នែកពិការភ្នែកដែលមានរយៈពេលវែងក្នុងប្រទេសកម្ពុជា C14**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<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	
<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)
MOVANTI (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	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល់ដលែមរណយនវកុនុខផុនតៃ C14**

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<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	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
<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	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពលុយល័ដលែមរណយនីកុនុនតារាង C14**

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<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)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរុក្ខតន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរុក្ខតន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយនៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរុក្ខតន័យ C1។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយនីកុនុនតារាង C1។**

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	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)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយចូលឆ្នាំកាន់
សចក្រីពុយល់ដលៃមរណយនក្រុងភ្នំពេញ C14**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<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, 5 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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះពីជំងឺរាងកាយនិងជំងឺរាងកាយនៃកម្ពុជា C14**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ែត្រ
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
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 ឬការកំណត់លីការម៉ែត្រ
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសកលកូន្មតារាជ្យ: ជាយចូលធានាការ
សង្គតិពន្ធនៃជីវិតមរណយសកូន្មតារាជ្យ C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>dotti (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>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកាតាស្ត្រូហ្វិកនៃកម្ពុជា: ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>estradiol (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>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	Tier 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នករណ៍ការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាកាសនៃកម្មវិធីថ្នាំ** C14

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 & 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	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា៖ ជាយថ្នករណ៍ការ
សង្គមកម្ពុជាធម្មនុញ្ញជាលក្ខណៈយល់ព្រមលើការប្រើប្រាស់ C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស (កម្ពុជា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<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 & 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>lutra 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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយនីកុនុនតារាង C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រើប្រាស់សម្រាប់ប្រើប្រាស់សម្រាប់ប្រើប្រាស់
និងអង្គការសុខាភិបាលក្នុងតំបន់នេះ ដោយចូលរួមការ
សម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានវាយតម្លៃផលប៉ះពាល់ C1។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រព្យឱសថ អ្នក (អ៊ីតធីតា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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>orsythia 0.1-20 mg-mcg 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	
<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 & 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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអក្ខរកោសល្យក្នុងការពង្រឹង ជាយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរណយន៍ក្នុងផ្នែក C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PROGESTINS		
<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	
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	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានស្ថានភាពសុខភាព
ល្អ និងមិនមានជំងឺចាញ់ជីវិត ដោយចូលរួមការ
សម្រេចចិត្តរបស់គ្រូពេទ្យ និងប្រជាជន។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លីប្រចាំថ្ងៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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		
OSPHERA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rалoxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លីប្រចាំថ្ងៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
នៃអង្គការកេរ្តិ៍មរណសតិក្នុងតំបន់៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះពលរដ្ឋដែលមានរាយការក្នុងផ្នែក C1។**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិបថបំប្លែងឱសថ អុទ្ធិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិបថបំប្លែងឱសថ អុទ្ធិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយន្តក្រុងភ្នំពេញ C14**

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កប់នៃឱសថ អុី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កប់នៃឱសថ អុី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កប់នៃឱសថ អុី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA

**អ្នកប្រកាសនៃក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្លៃឱសថដែលបានបញ្ជាក់
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាក៏ដូចជា ជាយូរមុននេះ ជាយូរមុននេះ បាន
សម្រេចក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងខាងក្រោម ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 PREF 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)
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)
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)

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងនេះអាចមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញបានដឹងពីរបៀបប្រើប្រាស់ថ្នាំ
សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាងកាយរបស់អ្នក។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតលីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតកុនុនតារាង C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
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 PEF 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 PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PEF 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		
ABRYVO 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

**អនុញ្ញាតសរសេរឱ្យមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ប្រើប្រាស់
និងអនុញ្ញាតដាក់កំហិតតាមការណែនាំ៖ ជាយថ្នាលទីកាល
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃនៃថ្នាំសម្រាប់ជំងឺរាងកាយដ៏ធ្ងន់ធ្ងរ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃមិត្តភក្តិសញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល់ដលែមរណយនីកុនុនតារាង C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយនវកុនុខផ្តល់កែ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្នាំថ្មីសថ អុី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្នាំថ្មីសថ អុី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុព្យាបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នការ
សម្រេចក្នុងកិច្ចប្រជុំលើកទី១៧៧៧របស់គណៈកម្មាធិការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២១ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០២១**

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កបង្កើនថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កបង្កើនថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	Tier 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិសរកាតនាំក្នុងតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបក្នុងតុល្យលំដាប់មរណយន្តក្នុងផ្នែក C1។**

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្ន
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ ០១/២០២១**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្វី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសកលកុលាភិករៈ ជាយថ្នលទ្ធិកាន
សចកុតិពនុយល់ដលែមរណយសកុលាភិករ C14**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសេដ្ឋកិច្ច (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិភពលោកសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជា
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នប្រធានការ
សម្រេចក្នុងកិច្ចប្រជុំប្រចាំឆ្នាំរបស់មន្ទីរពេទ្យជាតិកម្ពុជា C14**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 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	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសុខភាពកុមារនៃ ជាយចូលនីកាន
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយនៃកុមារកុមារី C1។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ (ក្រិតទូទាត់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុព្យាបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C14**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM 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, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	Tier 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 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" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយសវត្តន៍ដ្ឋាន C1។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសហប្រតិបត្តិការស្រុកកម្ពុជាស្រុកកម្ពុជាស្រុកកម្ពុជា
សម្រាប់កម្មវិធីប្រយោជន៍សម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជា C1។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបឋមបំប្លែងឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបឋមបំប្លែងឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500- 10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2- 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2- 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	Tier 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400- 10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN- GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	

អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃមិត្តភក្តិសញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនីកុនុនផ្តល់តែ C14

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 4	QL (2.5 PER 25 DAYS)
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះពិភពលោកនិងសុខភាពពិភពលោក** C14

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិថិជនបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសហប្រជាជាតិកម្ពុជា និង ជាយថ្នាក់ដឹកនាំ
សម្រាប់ការបង្កើនសុខភាពសាធារណៈកម្ពុជា**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរុក្ខតន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍កុល្លតារាងនេះ ជាយច្ចុលទីកាន
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃបរណយនកុល្លតុនតៃ C1។**

OTIC AGENTS

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិភពលោកនៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នបទណ៍កាន
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយសុខភាពពិភពលោក C1។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTI-HISTAMINES		
<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>cycloheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (25.8 GM PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺប្រសាសន៍ស្របតាមការណែនាំ
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និង ជាយថ្នាំប្រើប្រាស់
សម្រាប់ជំងឺប្រសាសន៍ស្របតាមការណែនាំ C1។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<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)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
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)

អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ និងអង្គការសុខភាពពិការភាពដ៏ធ្ងន់ធ្ងរ ជាយថ្នាបណ្តោះអាសន្ន សម្រាប់កម្មវិធីប្រយោជន៍សុខភាពពិការភាពដ៏ធ្ងន់ធ្ងរ C1។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<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	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
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)
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)

**អនុញ្ញាតសរុបនៃកម្រិតថ្លៃឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារ
នៃអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និង គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលស្រុក/ខេត្ត
សម្រាប់ឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 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 160-9-4.8 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)

**អ្នកប្រកាសថ្លៃឱសថនៃក្រុមហ៊ុនសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមិត្តភក្តិសុខាភិបាល
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយូរមកហើយ យើងបានរៀបចំបញ្ជីថ្លៃឱសថ
សម្រាប់ប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	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 (អ៊ីអេសអិល)	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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភាពខ្ពស់៖ ជាយថ្នាបណ្តោះអាសន្ន
សម្រាប់កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខភាពពិការភាពខ្ពស់ C1។**

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SLEEP PROMOTING AGENTS		
<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)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
<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)

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់៖ ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នឱសថ សម្រាប់ប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃនៃថ្នាំ C1។

amnesteem	111	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	147
amoxapine	49	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	147
amoxicillin	37	atazanavir sulfate	84
amoxicillin-pot clavulanate	37	atenolol	99
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	37	atenolol-chlorthalidone	102
amoxicillin-pot clavulanate er	37	atomoxetine hcl	108
amphetamine-dextroamphet er	107	atorvastatin calcium	105
amphetamine-dextroamphetamine	107	atovaquone	72
AMPHOTERICIN B	52	atovaquone-proguanil hcl	72
amphotericin b liposome	52	atropine sulfate	153
ampicillin	37	ATROVENT HFA	158
ampicillin sodium	37	aubra	125
ampicillin-sulbactam sodium	37	aubra eq	125
anagrelide hcl	94	AUGTYRO	57
anastrozole	59	AUM ALCOHOL PREP PADS	147
ANORO ELLIPTA	161	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	147
apraclonidine hcl	156	AUM PEN NEEDLE	147
aprepitant	51	AURANOFIN	137
apri	125	aurovela 1.5/30	125
APTIVUS	84	aurovela 1/20	125
AQ INSULIN SYRINGE	146	aurovela fe 1.5/30	125
AQINJECT PEN NEEDLE	146	aurovela fe 1/20	125
ARALAST NP	120	AUVELITY	47
ARANELLE	125	aviane	125
ARANESP (ALBUMIN FREE)	95	avidoxy	40
ARCALYST	137	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	59
AREXVY	142	ayuna	125
ARGYLE STERILE WATER	147	AYVAKIT	59
ARIKAYCE	33	azathioprine	139
aripiprazole	76	AZATHIOPRINE SODIUM	139
armodafinil	163	azelastine hcl	154,158
ARNUIITY ELLIPTA	157	azithromycin	38,39
asenapine maleate	76	AZITHROMYCIN	39
ashlyna	125	aztreonam	34
ASMANEX (120 METERED DOSES)	157	azurette	125
ASMANEX (14 METERED DOSES)	157		
ASMANEX (30 METERED DOSES)	157	B	
ASMANEX (60 METERED DOSES)	157	bac (butalbital-acetamin-caff)	108
ASMANEX HFA	157	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	153
aspirin-dipyridamole er	96	BACITRACIN	154

BACITRACIN-POLYMYXIN B	153	bisoprolol fumarate	99
baclofen	80	bisoprolol-hydrochlorothiazide	102
balsalazide disodium	144	blisovi fe 1.5/30	125
BALVERSA	60	blisovi fe 1/20	125
balziva	125	BOOSTRIX	142
BAQSIMI ONE PACK	90	bosentan	160
BAQSIMI TWO PACK	90	BOSULIF	60
BARACLUDE	80	BRAFTOVI	60
BCG VACCINE	142	BREO ELLIPTA	161
BD INSULIN SYRINGE	147	breyna	161
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREZTRI AEROSPHERE	161
MISC	147	briellyn	125
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		brimonidine tartrate	156
MISC	147	brimonidine tartrate-timolol	153
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		brinzolamide	156
MISC	147	brivaracetam	41
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRIVIACT	41
MISC	147	bromocriptine mesylate	74
benazepril hcl	97	BRUKINSA	60
benazepril-hydrochlorothiazide	102	budesonide	145,157
BENLYSTA	137	budesonide er	145
BENZNIDAZOLE	72	budesonide-formoterol fumarate	161
benzoyl peroxide-erythromycin	111	bumetanide	104
benztropine mesylate	73	buprenorphine	29
BESIVANCE	39	buprenorphine hcl	32
BESREMI	139	buprenorphine hcl-naloxone hcl	33
betaine	120	bupropion hcl	47
betamethasone dipropionate	111	bupropion hcl er (smoking det)	33
betamethasone dipropionate aug	111	bupropion hcl er (sr)	47
betamethasone valerate	112	bupropion hcl er (xl)	47
BETASERON	109	bupirone hcl	86
betaxolol hcl	99,155	butalbital-apap-caffeine	108
bethanechol chloride	122	butalbital-aspirin-caffeine	28
bexarotene	71,72	butorphanol tartrate	30
BEXSERO	142		
bicalutamide	56	C	
BICILLIN L-A	38	CABENUVA	83
BIKTARVY	81	cabergoline	135
bimatoprost	156	CABOMETYX	60
BIOGUARD GAUZE SPONGES	147	calcipotriene	113

calcitonin (salmon)	145	CEFTAZIDIME	36
calcitrene	113	ceftriaxone sodium	37
calcitriol	145	cefuroxime axetil	37
CALCITRIOL	145	cefuroxime sodium	37
calcium acetate (phos binder)	117	celecoxib	28
CALQUENCE	60	cephalexin	37
camila	133	cetirizine hcl	158
camrese	125	cevimeline hcl	110
camrese lo	126	chateal	126
candesartan cilexetil	97	chateal eq	126
candesartan cilexetil-hctz	102	chlorhexidine gluconate	110
CAPLYTA	76	chloroquine phosphate	72
CAPRELSA	60	chlorpromazine hcl	75
captopril	97	chlorthalidone	104
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	102	cholestyramine	105
carbamazepine	44	cholestyramine light	105
carbamazepine er	44	ciclodan	114
carbidopa	74	ciclopirox	114
carbidopa-levodopa	74	ciclopirox olamine	114
carbidopa-levodopa er	74	cilostazol	96
carbidopa-levodopa-entacapone	74	CILOXAN	39
CARETOUCH ALCOHOL PREP	147	CIMDUO	82
carglumic acid	120	cimetidine	119
carisoprodol	162	cinacalcet hcl	145
CARTEOLOL HCL	155	ciprofloxacin	39
cartia xt	100	ciprofloxacin hcl	39
carvedilol	99	ciprofloxacin in d5w	39
cataflam	28	ciprofloxacin-dexamethasone	156
CAYSTON	34	citalopram hydrobromide	48
caziant	126	claravis	111
CEFACLOR	36	CLARITHROMYCIN	39
cefadroxil	36	clarithromycin	39
cefazolin sodium	36	clarithromycin er	39
cefdinir	36	clindamycin hcl	34
CEFEPIME HCL	36	clindamycin palmitate hcl	34
cefixime	36	clindamycin phos (once-daily)	115
cefoxitin sodium	36	clindamycin phos (twice-daily)	115
CEFPODOXIME PROXETIL	36	clindamycin phos-benzoyl perox	111
cefprozil	36	clindamycin phosphate	34,115
ceftaroline fosamil	36	clindamycin phosphate in d5w	34

CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL	34	COSENTYX SENSOREADY PEN	137
clobazam	43	COSENTYX UNOREADY	137
clobetasol prop emollient base	112	COTELLIC	61
clobetasol propionate	112	CREON	121
clobetasol propionate e	112	CRESEMBA	52
clomipramine hcl	50	cromolyn sodium	119,154,160
clonazepam	87	cryselle	126
clonidine	96	cryselle-28	126
clonidine hcl	96	CVS ALCOHOL PREP PADS	147
clopidogrel bisulfate	96	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	148
clorazepate dipotassium	87	cvs isopropyl alcohol wipes	113
clotrimazole	52	cyclobenzaprine hcl	162
clotrimazole-betamethasone	113	CYCLOPHOSPHAMIDE	55
clozapine	79	cyclosporine	139
COARTEM	72	cyclosporine modified	139
COBENFY	79	cyproheptadine hcl	158
COBENFY STARTER PACK	79	cyred	126
CODEINE SULFATE	30	cyred eq	126
codeine sulfate	30		
colchicine	53	D	
colchicine-probenecid	53	dabigatran etexilate mesylate	93
colesevelam hcl	105	dalfampridine er	109
colestipol hcl	105,106	danazol	124
colistimethate sodium (cba)	34	dantrolene sodium	80
COMBIVENT RESPIMAT	161	dapagliflozin	106
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	61	dapsone	55
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	61	DAPTACEL	142
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	61	daptomycin	34
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	147	darunavir	84
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	147	dasatinib	61
compro	50	dasetta 1/35	126
constulose	118	dasetta 7/7/7	126
COPIKTRA	61	DAURISMO	61
CORLANOR	102	daysee	126
CORTIFOAM	145	deblitane	133
CORTISONE ACETATE	123	deferasirox	117
CORTISPORIN-TC	157	DELSTRIGO	81
COSENTYX	137	delyla	126
COSENTYX (300 MG DOSE)	137	DENG VAXIA	142
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	137	DEPO-SUBQ PROVERA 104	133

depo-testosterone	124	DILANTIN	44
DERMOTIC	157	dilt-xr	100
DESCOVY	82	diltiazem hcl	100
desipramine hcl	50	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	100
desmopressin ace spray refrig	124	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	100
desmopressin acetate	124	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	100
desmopressin acetate pf	124	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	100
desogestrel-ethinyl estradiol	126	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	100
desonide	112	diltiazem hcl er	101
desoximetasone	112	diltiazem hcl er beads	101
desvenlafaxine succinate er	48	dimethyl fumarate	109
dexamethasone	123	dimethyl fumarate starter pack	109
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID	123	diphenoxylate-atropine	118
dexamethasone sod phosphate pf	123	DIPHENOXYLATE-ATROPINE	119
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	123,155	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	142
dexmethylphenidate hcl	108	dipyridamole	96
dextroamphetamine sulfate	108	disulfiram	32
dextrose	115	divalproex sodium	41
dextrose in lactated ringers	115	divalproex sodium er	41
DEXTROSE-NACL	115	dofetilide	98
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE	115	donepezil hcl	46
dextrose-sodium chloride	115	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	46
DIACOMIT	41	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	46
diazepam	43,87	dorzolamide hcl	156
diazepam intensol	87	dorzolamide hcl-timolol mal	153
diazoxide	90	dorzolamide hcl-timolol mal pf	153
diclofenac potassium	28	dotti	126
diclofenac sodium	28,155	DOVATO	81
diclofenac sodium er	28	doxazosin mesylate	97
dicloxacillin sodium	38	doxepin hcl	50
dicyclomine hcl	119	doxercalciferol	145
DIFICID	39	doxy 100	40
diflunisal	28	doxycycline hyclate	40
difluprednate	155		
digitek	98		
digox	98		
digoxin	98		
dihydroergotamine mesylate	54		

doxycycline monohydrate	40
DRIZALMA SPRINKLE	109
dronabinol	51
DROPLET INSULIN SYRINGE	148
DROPLET MICRON	148
DROPLET PEN NEEDLES	148
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO	148
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	148
drosiprenone-ethinyl estradiol	126
DROXIA	121
droxidopa	96
duloxetine hcl	109
DUPIXENT	137
dutasteride	122
dutasteride-tamsulosin hcl	122

E

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	148
EASY COMFORT PEN NEEDLES	148
EASY TOUCH INSULIN BARRELS	148
ec-naproxen	28
econazole nitrate	52
EDURANT	81
EDURANT PED	81
EFAVIRENZ	81,82
efavirenz	82
efavirenz-emtricitab-tenofo df	82
efavirenz-lamivudine-tenofovir	82
ELAPRASE	121
elinest	126
ELIQUIS	93
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	93
ELIQUIS (2 MG PACK)	93
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	93
eltrombopag olamine	95
eluryng	126
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	149
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	149
EMBECTA INSULIN SYRINGE	149
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	149

EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500	149
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	149
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	149
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	149
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	149
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE	149
EMBRACE PEN NEEDLES	149
EMGALITY	54
EMGALITY (300 MG DOSE)	54
emoquette	126
EMSAM	48
emtricitab-rilpivir-tenofof df	82
emtricitabine	82
emtricitabine-tenofovir df	83
EMTRIVA	83
emzahh	133
enalapril maleate	97
enalapril-hydrochlorothiazide	102
ENBREL	139,140
ENBREL MINI	140
ENBREL SURECLICK	140
endocet	30
ENGERIX-B	142
enilloring	126
enoxaparin sodium	93
enpresse-28	126
ENSACOVE	59
enskyce	126
entacapone	74
entecavir	80
ENTRESTO	103
enulose	118
ENVARUSUS XR	140
EPIDIOLEX	41
epinephrine	159
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	159
epitol	44
EPIVIR HBV	80
eplerenone	104

ERGOLOID MESYLATES	46
ERGOTAMINE-CAFFEINE	54
ERIVEDGE	61
ERLEADA	56
erlotinib hcl	61
errin	133
ertapenem sodium	38
ERY	115
erythrocin lactobionate	39
erythromycin	115,154
erythromycin base	39
erythromycin ethylsuccinate	39
erythromycin lactobionate	39
ERZOFRI	76
escitalopram oxalate	48
eslicarbazepine acetate	44,45
esomeprazole magnesium	120
estarylla	126
estradiol	127
estradiol valerate	127
ESTRING	127
estrogens conjugated	127
eszopiclone	163
ethambutol hcl	55
ethosuximide	43
ethynodiol diac-eth estradiol	127
etodolac	28
etodolac er	28
etonogestrel-ethinyl estradiol	127
etravirine	82
EUCRISA	112
EULEXIN	56
euthyrox	134
everolimus	61,62,140
EVOTAZ	84
exemestane	59
EXXUA	47
EXXUA TITRATION PACK	47
ezetimibe	106
ezetimibe-simvastatin	106

F

falmina	127
famciclovir	86
famotidine	119
FANAPT	76
FANAPT TITRATION PACK A	76
FANAPT TITRATION PACK B	76
FANAPT TITRATION PACK C	77
FARXIGA	106
febuxostat	53
feirza 1.5/30	127
feirza 1/20	127
felbamate	41
felodipine er	100
femynor	127
fenofibrate	105
fenofibrate micronized	105
fenofibric acid	105
fentanyl	29
FETZIMA	48
FETZIMA TITRATION	48
FIASP	91
FIASP FLEXTOUCH	91
FIASP PENFILL	91
FIASP PUMPCART	91
fidaxomicin	39
finasteride	122
fingolimod hcl	109
FINTEPLA	41
flecainide acetate	98
fluconazole	52
fluconazole in sodium chloride	52
flucytosine	52
fludrocortisone acetate	123
flunisolide	161
fluocinolone acetonide	112
fluocinolone acetonide body	112
fluocinolone acetonide scalp	112
fluocinonide	112

fluocinonide emulsified base	112
fluorometholone	155
fluorouracil	113
fluoxetine hcl	48
FLUOXETINE HCL	48
fluphenazine decanoate	75
FLUPHENAZINE HCL	75
FLURBIPROFEN	28
FLURBIPROFEN SODIUM	155
FLUTAMIDE	56
fluticasone propionate	112,161
fluticasone-salmeterol	162
FLUTICASONE-SALMETEROL	162
fluvastatin sodium	105
fluvastatin sodium er	105
flvoxamine maleate	48,49
FML	155
FML FORTE	155
fondaparinux sodium	94
fosamprenavir calcium	84
fosfomycin tromethamine	35
fosinopril sodium	97
fosinopril sodium-hctz	103
FOTIVDA	62
FRUZAQLA	57,58
FULPHILA	95
fulvestrant	57
furosemide	104
fyavolv	127

G

gabapentin	43
galantamine hydrobromide	46
galantamine hydrobromide er	46
gallifrey	133
GAMUNEX-C	137
GARDASIL 9	142
gauze pads 2	149
GAVILYTE-C	119
gavilyte-g	119

gavilyte-n with flavor pack	118
GAVRETO	62
gefitinib	62
gemfibrozil	105
GEMTESA	122
generlac	118
gengraf	140
GENTAK	154
gentamicin sulfate	34,154
GENVOYA	81
GILOTRIF	62
glatiramer acetate	110
glatopa	110
glimepiride	88
glipizide	88
glipizide er	88
glipizide xl	88
glipizide-metformin hcl	88
GLUCAGEN HYPOKIT	90
GLUCAGON EMERGENCY	90
glyburide	88
GLYBURIDE MICRONIZED	88
glyburide-metformin	88
glycopyrrolate	119
GLYXAMBI	88
GNP PEN NEEDLES	149
GOMEKLI	62
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	149
granisetron hcl	51
griseofulvin microsize	52
griseofulvin ultramicrosize	52
guanfacine hcl	96
guanfacine hcl er	108

H

HADLIMA	140
HADLIMA PUSH TOUCH	140
HAEGARDA	136
hailey 1.5/30	127
hailey fe 1.5/30	127

hailey fe 1/20	127
halobetasol propionate	112
haloette	127
haloperidol	75
haloperidol decanoate	75
haloperidol lactate	75
HAVRIX	142
heather	133
heparin sodium (porcine)	94
heparin sodium (porcine) pf	94
HEPLISAV-B	142
HERNEXEOS	62
HIBERIX	142
HIZENTRA	137
HUMALOG	91
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	91
HUMALOG KWIKPEN	91
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	91
HUMALOG MIX 75/25	91
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	91
HUMULIN 70/30	91
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	91
HUMULIN N	91
HUMULIN N KWIKPEN	91
HUMULIN R	91
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	91
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	91
hydralazine hcl	106
hydrochlorothiazide	104
hydrocodone-acetaminophen	30,31
hydrocortisone	112,145
hydrocortisone (perianal)	113
hydrocortisone butyrate	113
hydrocortisone-acetic acid	157
hydromorphone hcl	31
hydroxychloroquine sulfate	72,73
hydroxyurea	58
hydroxyzine hcl	158
hydroxyzine pamoate	158
HYRNUO	62

ibandronate sodium	145
IBRANCE	62
IBTROZI	62
ibu	28
ibuprofen	28
icatibant acetate	137
iclevia	128
ICLUSIG	62
icosapent ethyl	106
IDHIFA	63
ILEVRO	155
imatinib mesylate	63
IMBRUVICA	63
imipenem-cilastatin	38
imipramine hcl	50
imiquimod	113
IMKELDI	63
IMOVAX RABIES	142
IMPAVIDO	73
incassia	133
INCRELEX	124
INCRUSE ELLIPTA	158
indapamide	104
indomethacin	29
INFANRIX	142
INLURIYO	57
INLYTA	63
INQOVI	58
INREBIC	63
INSULIN ASPART	92
INSULIN ASPART FLEXPEN	92
INSULIN ASPART PENFILL	92
INSULIN LISPRO	92
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	92
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	92
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	92
INSULIN PEN NEEDLES	150
INSULIN PEN NEEDLES	150

INSULIN SYRINGE 0.3 ML	150
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	150
INSULIN SYRINGE 1 ML	150
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	150
INSUPEN PEN NEEDLES	150
INSUPEN32G EXTR3ME	150
INTELENCE	82
INTRALIPID	150
introvale	128
INVEGA HAFYERA	77
INVEGA SUSTENNA	77
INVEGA TRINZA	77
IPOL	142
ipratropium bromide	158
ipratropium-albuterol	162
irbesartan	97
irbesartan-hydrochlorothiazide	103
ISENTRESS	81
ISENTRESS HD	81
isibloom	128
isoniazid	55
isopropyl alcohol	114
isopropyl alcohol wipes	114
isosorbide dinitrate	107
isosorbide mononitrate	107
isosorbide mononitrate er	107
isotretinoin	111
isradipine	100
ITOVEBI	63
itraconazole	52
ivabradine hcl	103
ivermectin	72
IWILFIN	58
IXIARO	142

J

jaimiess	128
JAKAFI	63
jantoven	94
JANUMET	88

JANUMET XR	89
JANUVIA	89
JARDIANCE	106
jasmiel	128
JAYPIRCA	63
jencycla	133
JENTADUETO	89
JENTADUETO XR	89
jinteli	128
jolessa	128
joyeaux	128
JUBBONTI	146
juleber	128
JULUCA	81
junel 1.5/30	128
junel 1/20	128
junel fe 1.5/30	128
junel fe 1/20	128
JYNNEOS	142

K

KALETRA	84
kalliga	128
KALYDECO	159
kariva	128
kcl in dextrose-nacl	115
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	116
kelnor 1/35	128
kelnor 1/50	128
KERENDIA	89
ketoconazole	52
ketorolac tromethamine	155
KINRIX	142
kionex	117
KISQALI (200 MG DOSE)	64
KISQALI (400 MG DOSE)	64
KISQALI (600 MG DOSE)	64
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	64
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	64
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	64

klayesta	52
klor-con	116
klor-con 10	116
klor-con m10	116
klor-con m15	116
klor-con m20	116
KLOXXADO	33
KOSELUGO	64
kourzeq	110
KRAZATI	64
kurvelo	128

L

l-glutamine	121
labetalol hcl	99
lacosamide	45
lactated ringers	116,150
lactulose	118
lactulose encephalopathy	118
LAGEVRIO	86
lamivudine	80,83
lamivudine-zidovudine	83
lamotrigine	41
lansoprazole	120
LANTUS	92
LANTUS SOLOSTAR	92
lapatinib ditosylate	64
larin 1.5/30	128
larin 1/20	128
larin fe 1.5/30	128
larin fe 1/20	128
larissia	128
latanoprost	156
LAZCLUZE	59
LEDERLE LEUCOVORIN	58
leena	128
leflunomide	140
lenalidomide	56
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	64
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	64
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	65
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	65
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	65
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	65
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	65
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	65
lessina	128
letrozole	59
leucovorin calcium	58
LEUKERAN	55
leuprolide acetate	135
levalbuterol hcl	159
LEVALBUTEROL TARTRATE	159
levetiracetam	41
levetiracetam er	41,42
levo-t	134
LEVOBUNOLOL HCL	155
levocarnitine	121
levocetirizine dihydrochloride	158
levofloxacin	39
LEVOFLOXACIN	154
levofloxacin in d5w	40
levonest	128
levonorg-eth estrad triphasic	128
levonorgest-eth estrad 91-day	129
levonorgest-eth estradiol-iron	129
levonorgestrel-ethinyl estrad	129
levora 0.15/30 (28)	129
levothyroxine sodium	134
levoxyl	134
LEXIVA	84
lidocaine	32
lidocaine hcl	32
lidocaine viscous hcl	32
lidocaine-prilocaine	32
lidocan	32
LILETTA (52 MG)	133
lillow	129
lincomycin hcl	35
linezolid	35

LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	35
LINZESS.....	118
liothyronine sodium.....	135
lisinopril.....	97
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	103
lithium.....	87
lithium carbonate.....	88
lithium carbonate er.....	88
LIVTENCITY.....	80
lo-zumandimine.....	129
loestrin 1.5/30 (21).....	129
loestrin 1/20 (21).....	129
loestrin fe 1.5/30.....	129
loestrin fe 1/20.....	129
lojaimiess.....	129
LOKELMA.....	117
lomustine.....	55
LONSURF.....	58
loperamide hcl.....	119
lopinavir-ritonavir.....	84
lorazepam.....	87
lorazepam intensol.....	87
LORBRENA.....	65
loryna.....	129
losartan potassium.....	97
losartan potassium-hctz.....	103
loteprednol-tobramycin.....	153
lovastatin.....	105
low-ogestrel.....	129
loxapine succinate.....	75
lubiprostone.....	118
luizza 1.5/30.....	129
luizza 1/20.....	129
LUMAKRAS.....	65
LUMIGAN.....	156
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	135
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	135
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	135
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	135
lurasidone hcl.....	77

lutera.....	129
lyleq.....	133
lyllana.....	129
LYNPARZA.....	65
LYSODREN.....	58
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	65
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	65
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	66
lyza.....	133

M

M-M-R II.....	142
magnesium sulfate.....	116
malathion.....	114
maraviroc.....	83,84
marlissa.....	129
MARPLAN.....	48
MATULANE.....	55
matzim la.....	101
MAVYRET.....	81
meclizine hcl.....	50
medpura alcohol pads.....	114
medroxyprogesterone acetate.....	133
mefloquine hcl.....	73
megestrol acetate.....	133
MEKINIST.....	66
MEKTOVI.....	66
meleya.....	133
meloxicam.....	29
memantine hcl.....	46
memantine hcl er.....	46
MENACTRA.....	142
MENEST.....	129
MENQUADFI.....	143
MENVEO.....	143
mercaptopurine.....	57
meropenem.....	38
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	38
mesalamine.....	144
mesalamine er.....	144

mesna	72	minoxidil	106
metformin hcl	89	minzoya	130
metformin hcl er	89	mirtazapine	47
methadone hcl	29	misoprostol	120
methazolamide	156	modafinil	163
methenamine hippurate	35	MODEYSO	58
methergine	150	moexipril hcl	97
methimazole	136	MOLINDONE HCL	75
methocarbamol	162	mometasone furoate	113
METHOTREXATE SODIUM	140	mondoxyne nl	40
methotrexate sodium	140	mono-lynyah	130
methotrexate sodium (pf)	140	montelukast sodium	158
METHOXSALLEN RAPID	114	morphine sulfate	31
methscopolamine bromide	119	morphine sulfate (concentrate)	31
methsuximide	43	morphine sulfate er	30
METHYLDOPA	96	MOUNJARO	89
methylergonovine maleate	150	MOVANTIK	118
methylphenidate hcl	108	moxifloxacin hcl	40,154
methylphenidate hcl er	108	MOXIFLOXACIN HCL	40
methylprednisolone	123	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	154
methylprednisolone acetate	123	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL	40
methylprednisolone sodium succ	123	MRESVIA	143
metoclopramide hcl	50	MULTAQ	98
metolazone	105	mupirocin	115
metoprolol succinate er	99	mycophenolate mofetil	140,141
metoprolol tartrate	99	mycophenolate mofetil hcl	141
metoprolol-hydrochlorothiazide	103	mycophenolate sodium	141
metronidazole	35	mycophenolic acid	141
metyrosine	103	myorisan	111
mexiletine hcl	98	MYRBETRIQ	122
micafungin sodium	52		
MICONAZOLE 3	52		
microgestin 1.5/30	130		
microgestin 1/20	130		
microgestin fe 1.5/30	130		
microgestin fe 1/20	130		
midodrine hcl	97		
mifepristone	135		
mili	130		
minocycline hcl	40		
		N	
		na sulfate-k sulfate-mg sulf	118
		nabumetone	29
		nadolol	99
		nafcillin sodium	38
		nafrinse	116
		NAGLAZYME	121
		naloxone hcl	33
		naltrexone hcl	33

naproxen	29	nitrofurantoin macrocrystal	35
naproxen dr	29	nitrofurantoin monohyd macro	35
naproxen sodium	29	nitroglycerin	107
naratriptan hcl	54	NIVESTYM	95
NATACYN	154	NIZATIDINE	119
nateglinide	89	nora-be	133
NAYZILAM	32	norelgestromin-eth estradiol	130
nebivolol hcl	99	norethin ace-eth estrad-fe	130
necon 0.5/35 (28)	130	norethin-eth estradiol-fe	130
NEFAZODONE HCL	49	norethindrone	133
neo-polycin	153	norethindrone acet-ethinyl est	130
neo-polycin hc	153	norethindrone acetate	133
neomycin sulfate	34	norethindrone-eth estradiol	130
neomycin-bacitracin zn-polymyx	153	norgestim-eth estrad triphasic	130
neomycin-polymyxin-dexameth	153	norgestimate-eth estradiol	130
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	153	norlyda	133
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	154	norlyroc	133
neomycin-polymyxin-hc	157	nortrel 0.5/35 (28)	130
NERLYNX	66	nortrel 1/35 (21)	130
nevirapine	82	nortrel 1/35 (28)	130
NEVIRAPINE	82	nortrel 7/7/7	130
NEVIRAPINE ER	82	nortriptyline hcl	50
nevirapine er	82	NORVIR	85
NEXPLANON	133	NovoFine 32G X 6 MM MISC	150
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	106	NOVOLIN R FLEXPEN	92
niacin er (antihyperlipidemic)	106	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	92
NIACOR	106	NOVOLOG	92
nicardipine hcl	100	NOVOLOG FLEXPEN	92
NICOTROL	33	NOVOLOG FLEXPEN RELION	92
NICOTROL NS	33	NOVOLOG PENFILL	92
nifedipine er	100	NOVOLOG RELION	92
nifedipine er osmotic release	100	NUBEQA	56
nikki	130	NUPLAZID	78
nilotinib hcl	66	NURTEC	54
nilutamide	56	NUTRILIPID	150
nimodipine	100	nyamyc	52
NINLARO	66	nylia 1/35	131
nitazoxanide	73	nylia 7/7/7	131
nitisinone	121	nymyo	131
nitro-bid	107	nystatin	52,53

nystatin-triamcinolone 114
nystop 53

O

ocella 131
octreotide acetate 136
OCTREOTIDE ACETATE 136
ODEFSEY 82
ODOMZO 66
OFEV 161
ofloxacin 154,157
OGSIVEO 66
OJEMDA 66
OJJAARA 58
olanzapine 78
olmesartan medoxomil 97
olmesartan medoxomil-hctz 103
olmesartan-amlodipine-hctz 103
omega-3-acid ethyl esters 106
omeprazole 120
OMNITROPE 119,124
ondansetron 51
ONDANSETRON HCL 51
ondansetron hcl 51
ONUREG 57
OPIPZA 78
OPSUMIT 160
OPVEE 150
oralone 110
ORGOVYX 136
orquidea 134
ORSERDU 56
orsythia 131
oseltamivir phosphate 85
OSPHENA 134
OTEZLA 114,138
OTEZLA XR 114
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 138
oxaprozin 29
oxcarbazepine 45

oxybutynin chloride 122
oxybutynin chloride er 122
oxycodone hcl 31
oxycodone-acetaminophen 31
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 89
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 89
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 89

P

pacerone 98
paliperidone er 78
PANRETIN 72
pantoprazole sodium 120
paricalcitol 146
paroxetine hcl 49
PAROXETINE HCL 49
paroxetine hcl er 49
PAXLOVID (150/100) 86
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 86
PAXLOVID (300/100) 86
pazopanib hcl 67
PAZOPANIB HCL 67
PEDIARIX 143
PEDVAX HIB 143
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 118
peg-3350/electrolytes 119
PEGASYS 139
PEMAZYRE 67
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 150
PEN NEEDLES 150
PENBRAYA 150
penicillamine 122
penicillin g potassium 38
PENICILLIN G SODIUM 38
penicillin v potassium 38
PENMENYV 143
PENTACEL 143
pentamidine isethionate 73
pentoxifylline er 103
perampanel 42

PERINDOPRIL ERBUMINE.....	98	potassium chloride er.....	116
perio gard.....	110	potassium chloride in dextrose.....	116
permethrin.....	114	potassium chloride in nacl.....	116
perphenazine.....	50	potassium citrate er.....	116
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	47	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	116
PERSERIS.....	78	pramipexole dihydrochloride.....	74
pfizerpen.....	38	prasugrel hcl.....	96
PHENELZINE SULFATE.....	48	pravastatin sodium.....	105
phenobarbital.....	43	praziquantel.....	72
phenytek.....	45	prazosin hcl.....	97
phenytoin.....	45	prednisolone.....	123
phenytoin infatabs.....	45	prednisolone acetate.....	155
phenytoin sodium extended.....	45	prednisolone sodium phosphate.....	123
philith.....	131	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	155
PIFELTRO.....	82	prednisone.....	123
pilocarpine hcl.....	110,156	PREDNISONE.....	123
pimozide.....	75	PREDNISONE INTENSOL.....	123
pimtrea.....	131	pregabalin.....	109
pindolol.....	99	PREMARIN.....	131
pioglitazone hcl.....	89	PREMASOL.....	116
pioglitazone hcl-glimepiride.....	89	PREMIUM LIDOCAINE.....	32
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	90	prenatal vitamins.....	117
piperacillin sod-tazobactam so.....	38	prevalite.....	106
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	67	previfem.....	131
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	67	PREVYMIS.....	80
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	67	PREZCOBIX.....	85
pirfenidone.....	161	PREZISTA.....	85
PIRFENIDONE.....	161	PRIFTIN.....	55
pirmella 1/35.....	131	primaquine phosphate.....	73
pirmella 7/7/7.....	131	primidone.....	43
piroxicam.....	29	PRIORIX.....	143
PNV 27-CA/FE/FA.....	116	PRO COMFORT ALCOHOL.....	151
podofilox.....	114	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	151
polycin.....	154	probenecid.....	53
polymyxin b-trimethoprim.....	154	prochlorperazine.....	51
pomalidomide.....	56	prochlorperazine maleate.....	51
portia-28.....	131	procto-med hc.....	113
posaconazole.....	53	proctosol hc.....	113
potassium chloride.....	116	proctozone-hc.....	113
potassium chloride crys er.....	116	progesterone.....	134

PROGRAF	141
promethazine hcl	51,158
propafenone hcl	98
propranolol hcl	99
PROPRANOLOL HCL	99
propranolol hcl er	99
propylthiouracil	136
PROQUAD	143
protriptyline hcl	50
PULMOZYME	160
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	151
pyrazinamide	55
pyridostigmine bromide	54
pyridostigmine bromide er	54
pyrimethamine	73

Q

qc alcohol	114
QINLOCK	58
QUADRACEL	143
quetiapine fumarate	78
quetiapine fumarate er	78
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	151
quinapril hcl	98
quinapril-hydrochlorothiazide	103
QUINIDINE SULFATE	98
quinine sulfate	73
QVAR REDHALER	157

R

ra isopropyl alcohol wipes	114
RABAVERT	143
rabeprazole sodium	120
RALDESY	49
raloxifene hcl	134
ramelteon	163
ramipril	98
ranolazine er	103
rasagiline mesylate	74
reclipsen	131

RECOMBIVAX HB	143
relafen	29
RELENZA DISKHALER	85
repaglinide	90
REPATHA	106
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	106
REPATHA SURECLICK	106
RESTASIS	154
RETACRIT	95
RETEVMO	67
REVCovi	121
REVUFORJ	67
REXULTI	78
REYATAZ	85
REZDIFFRA	135
REZLIDHIA	67
RHOPRESSA	156
RIBAVIRIN	81
ribavirin	81
RIDAURA	138
rifabutin	55
rifampin	55
rilpivirine hcl	82
riluzole	109
RIMANTADINE HCL	85
ringers	117
ringers irrigation	151
RINVOQ	138
RINVOQ LQ	138
risedronate sodium	146
risperidone	78
risperidone microspheres er	79
ritonavir	85
rivaroxaban	94
rivastigmine	46
rivastigmine tartrate	46
rizatriptan benzoate	54
ROCKLATAN	154
roflumilast	160
ROMVIMZA	67

ropinirole hcl	74
ropinirole hcl er	74
rosadan	35
rosuvastatin calcium	105
ROTARIX	143
ROTATEQ	143
roweepra	42
ROZLYTREK	67,68
RUBRACA	68
rufinamide	45
RUKOBIA	84
RYBELSUS	90
RYDAPT	68

S

sacubitril-valsartan	103
sajazir	137
SANDIMMUNE	141
SANTYL	114
sapropterin dihydrochloride	121
SCSEMBLIX	68
scopolamine	51
SECUADO	79
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	151
selegiline hcl	74
selenium sulfide	113
SELZENTRY	84
SEREVENT DISKUS	159
sertraline hcl	49
setlakin	131
sevelamer carbonate	117
sharobel	134
SHINGRIX	143
SIGNIFOR	136
sildenafil citrate	160
SILIGENTLE FOAM DRESSING	151
silodosin	122
silver sulfadiazine	114
SIMBRINZA	156
SIMLANDI (1 PEN)	141

SIMLANDI (1 SYRINGE)	141
SIMLANDI (2 PEN)	141
SIMLANDI (2 SYRINGE)	141
simliya	131
simpesse	131
simvastatin	105
sirolimus	141
SIRTURO	55
SKYRIZI	138
SKYRIZI (150 MG DOSE)	138
SKYRIZI PEN	138
SMOFLIPID	151
sodium chloride	117
sodium chloride (pf)	117
sodium fluoride	117
sodium oxybate	163
sodium phenylbutyrate	121
sodium polystyrene sulfonate	118
solifenacin succinate	122
SOLTAMOX	57
SOMAVERT	136
sorafenib tosylate	68
sorine	98
sotalol hcl	98
sotalol hcl (af)	98
SPIRIVA RESPIMAT	158
spironolactone	104
spironolactone-hctz	103
sprintec 28	131
SPRITAM	42
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	118
sronyx	131
ssd	114
STAVUDINE	83
STELARA	138
sterile water for irrigation	151
STIOLTO RESPIMAT	162
STIVARGA	68
STREPTOMYCIN SULFATE	34
STRIBILD	81

subvenite	42	tasimelteon	163
SUBVENITE	42	tazarotene	111
sucralfate	120	TAZICEF	37
SULFACETAMIDE SODIUM	155	taztia xt	101
sulfacetamide sodium	155	TAZVERIK	69
sulfacetamide sodium (acne)	111	TDVAX	143
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	154	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	151
sulfadiazine	40	telmisartan	97
sulfamethoxazole-trimethoprim	40	telmisartan-amlodipine	103
sulfasalazine	144	telmisartan-hctz	104
sulfatrim pediatric	40	temazepam	163
sulindac	29	TENIVAC	143
sumatriptan	54	tenofovir disoproxil fumarate	83
sumatriptan succinate	54	TEPMETKO	69
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL	54	terazosin hcl	97
sunitinib malate	68	terbinafine hcl	53
SUNLENCA	84	terconazole	53
SURE COMFORT PEN NEEDLES	151	teriflunomide	110
syeda	131	teriparatide	146
SYMPAZAN	43	testosterone	124
SYMTUZA	85	testosterone cypionate	124
SYNAREL	136	TESTOSTERONE ENANTHATE	125
SYNJARDY	90	tetrabenazine	109
SYNJARDY XR	90	tetracycline hcl	40
SYNRIBO	68	THALOMID	57
SYNTHROID	135	theophylline er	160
T		thioridazine hcl	75
TABLOID	57	thiothixene	75
TABRECTA	68	tiadylt er	101
tacrolimus	113,141	tiagabine hcl	43
tadalafil	122	TIBSOVO	69
tadalafil (pah)	122,160	ticagrelor	96
TAFINLAR	68	TICOVAC	143,144
TAGRISSE	69	tigecycline	35
TALZENNA	69	timolol maleate	99,155
tamoxifen citrate	57	tinidazole	35
tamsulosin hcl	122	tiotropium bromide	158
tarina fe 1/20	131	tis-u-sol	151
tarina fe 1/20 eq	131	TIVICAY	81
		TIVICAY PD	81

tizanidine hcl.....	80	trientine hcl.....	117
tobramycin.....	155,160	TRIENTINE HCL.....	117
tobramycin sulfate.....	34	trifluoperazine hcl.....	75
tobramycin-dexamethasone.....	154	TRIFLURIDINE.....	155
TOLAK.....	114	trihexyphenidyl hcl.....	73
tolterodine tartrate.....	122	TRIKAFTA.....	160
tolterodine tartrate er.....	122	trimethoprim.....	35
tolvaptan.....	117	trimipramine maleate.....	50
topiramate.....	42	TRINTELLIX.....	49
toremifene citrate.....	57	TRIUMEQ.....	83
torse mide.....	104	TRIUMEQ PD.....	83
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	92	trivora (28).....	132
TOUJEO SOLOSTAR.....	92	TRIZIVIR.....	83
TPN ELECTROLYTES.....	117	trospium chloride.....	122
TRADJENTA.....	90	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	151
tramadol hcl.....	31	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	152
tramadol hcl er.....	30	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	152
tramadol-acetaminophen.....	32	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	152
trandolapril.....	98	TRULICITY.....	90
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	104	TRUMENBA.....	144
tranexamic acid.....	96	TRUQAP.....	69
tranylcpromine sulfate.....	48	TUKYSA.....	69
travoprost (bak free).....	156	tulana.....	134
trazodone hcl.....	49	TURALIO.....	69
TRECATOR.....	55	turqoz.....	132
TRELEGY ELLIPTA.....	162	TWINRIX.....	144
TRESIBA.....	93	TYBOST.....	84
TRESIBA FLEXTOUCH.....	93	TYENNE.....	138
tretinoin.....	72,111	TYMLOS.....	146
tri femynor.....	131	TYPHIM VI.....	144
tri-estarylla.....	131		
tri-linyah.....	131	U	
tri-mili.....	132	UDENYCA.....	95
tri-nymyo.....	132	ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	152
tri-sprintec.....	132	UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	152
tri-vylibra.....	132	UNIFINE PENTIPS.....	152
triamcinolone acetonide.....	110,113	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	152
triamterene-hctz.....	104	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	152
triazolam.....	163	unithroid.....	135
triderm.....	113	UPTRAVI.....	160,161

ursodiol	119
USTEKINUMAB	138
USTEKINUMAB-AEKN	138

V

valacyclovir hcl	86
VALCHLOR	114
valganciclovir hcl	80
valproate sodium	42
valproic acid	42
valsartan	97
valsartan-hydrochlorothiazide	104
VALTOCO 10 MG DOSE	43
VALTOCO 15 MG DOSE	44
VALTOCO 20 MG DOSE	44
VALTOCO 5 MG DOSE	44
valtya 1/35	132
VALTYA 1/50	132
vanadom	162
vancomycin hcl	35
VANFLYTA	69
VAQTA	144
varenicline tartrate	33
varenicline tartrate (starter)	33
varenicline tartrate(continue)	33
VARIVAX	144
VAXCHORA	144
VELIVET	132
VENCLEXTA	69,70
VENCLEXTA STARTING PACK	70
venlafaxine hcl	49
venlafaxine hcl er	49
VEOZAH	109
verapamil hcl	101
VERAPAMIL HCL ER	101
verapamil hcl er	101
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	152
VERIFINE INSULIN SYRINGE	152
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	152
VERQUVO	104

VERSACLOZ	79
VERZENIO	70
vestura	132
vienva	132
vigabatrin	44
vigadrone	44
VIGAFYDE	44
vigpoder	44
vilazodone hcl	49
VIMKUNYA	144
viorele	132
VIRACEPT	85
VIREAD	83
VITRAKVI	70
VIVOTIF	144
VIZIMPRO	70
volnea	132
VONJO	72
VORANIGO	70
voriconazole	53
VOSEVI	81
VOWST	152
VRAYLAR	79
vyfemla	132
vylibra	132
VYZULTA	156

W

warfarin sodium	94
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	153
WELIREG	58
wera	132
WINREVAIR	161
wixela inhub	162
wymzya fe	132
WYOST	146

X

XALKORI	70
XARELTO	94

XARELTO STARTER PACK.....	94	ZENPEP.....	121
XATMEP.....	141	zidovudine.....	83
XCOPRI.....	42,45	ziprasidone hcl.....	79
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	45	ziprasidone mesylate.....	79
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	45	ZIRGAN.....	155
XDEMVI.....	154	zoledronic acid.....	146
XELJANZ.....	138,139	ZOLINZA.....	58
XELJANZ XR.....	139	zolpidem tartrate.....	163
xelria fe.....	132	ZONISADE.....	45
XERMELO.....	119	zonisamide.....	46
XIFAXAN.....	35,36	zovia 1/35 (28).....	132
XIGDUO XR.....	90	ZTALMY.....	44
XIIDRA.....	154	zumandimine.....	132
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	85	ZURZUVAE.....	47
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	85	ZYDELIG.....	71
XOLAIR.....	139	ZYKADIA.....	71
XOSPATA.....	70	ZYPREXA RELPREVV.....	79
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	70		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	71		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	71		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	71		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	71		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	71		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	71		
XTANDI.....	56		
xulane.....	132		

Y

YESINTEK.....	139
YF-VAX.....	144
yuvaferm.....	132

Z

zafemy.....	132
zafirlukast.....	158
zaleplon.....	163
ZARXIO.....	96
ZEJULA.....	71
ZELBORAF.....	71
zenatane.....	111

**ក ផ្នែក គ្រោះ អ ក ច្រើន ចម្រុះ យស្រី ចម្រុះ របស់ ឱសថៈ ៖
 បង្ក បំបាត់ រុក្ខាប្រាស លីង រ បំបាត់ កំលាំង ខ្ពស់ ក ច្រើន ចម្រុះ
 ១ រ បំបាត់ បង្ក បំបាត់ របស់ អ ក។**

ANALGESICS.....	28
ANESTHETICS.....	32
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	32
ANTIBACTERIALS.....	33
ANTICONVULSANTS.....	41
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	46
ANTIDEPRESSANTS.....	47
ANTIEMETICS.....	50
ANTIFUNGALS.....	52
ANTIGOUT AGENTS.....	53
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	53
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	54
ANTIMYCOBACTERIALS.....	55
ANTINEOPLASTICS.....	55
ANTIPARASITICS.....	72
ANTIPARKINSON AGENTS.....	73
ANTIPSYCHOTICS.....	75
ANTISPASTICITY AGENTS.....	80
ANTIVIRALS.....	80
ANXIOLYTICS.....	86
BIPOLAR AGENTS.....	87
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	88
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	93
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	96
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	107
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	110
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	110
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	115
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	118
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	120
GENITOURINARY AGENTS.....	122
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	123
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	124
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	124
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	134
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	135
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	136

IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	136
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	144
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	145
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	146
OPHTHALMIC AGENTS.....	153
OTIC AGENTS.....	156
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	157
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	162
SLEEP DISORDER AGENTS.....	163

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 ਸਮੇਂ

ਦੁਰਲੱਭ ਮੁਕਾਬਲੇ 1-800-452-4413 (TTY:711)।

ਸੇਵਾ ਮੁਕਾਬਲੇ ਨੇ: ਖੋਜ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

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, ព័ត៌មានផ្ទៃសន្តាន, 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)

របៀបប្តឹងសារទុក្ខ

បើសិនអ្នកជឿថា Blue Shield of California បានខកខានផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយលើសច្បាប់ ក្នុងលក្ខណៈណាមួយទៀត ដោយយោងលើ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផ្ទៃសន្តាន, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភោគ, អត្តសញ្ញាណភិនភោគ, 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.

- » ដោយផ្ទាល់មុខ៖ ទស្សនាការិយាល័យ នៃវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Blue Shield of California និងថ្លែង ថាអ្នកចង់ប្តឹងសារទុក្ខ។
 - » ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ទស្សនាគេហទំព័រ របស់ Blue Shield of California នៅ 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

។

- » ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ 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 04/21/2026 ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលទៅកាន់ 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។



04/21/2026