



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

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់បញ្ជីឈ្មោះឱសថ 26258 កំណែ 19

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 03/24/2026 ។

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 (03/26)

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។



03/24/2026

សេចក្តីផ្តើម

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

តារាងមាតិកា

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

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



B13. តើឱសថប្រភេទទូទៅជាអ្វី? xxii

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

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

B16. តើខ្ញុំអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយដឹកជញ្ជូនទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំដែរ ឬទេ?..... xxiii

B17. តើប្រាក់បង់រួមរបស់ខ្ញុំមានប៉ុន្មាន?..... xxiii

C. សេចក្តីសង្ខេបនៃ បញ្ជីនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង..... xxv

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ..... xxvi

D. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង..... 138

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



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 ហើយមិនរើសអើងមិនបដិសេធចំពោះមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសគ្នាដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពសុខភាព ព័ត៌មានហ្វែនបុព្វបុរស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬពិការភាពរាងកាយនោះឡើយ។
- ❖ ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអាល្លឺម៉ង់ ភាសាចិនសាមញ្ញ ភាសាចិនបុរាណ ភាសាហ្វីលីពីន ភាសាខ្មែរ (កម្ពុជា) ភាសាកូរ៉េ ភាសារុស្ស៊ី ភាសាតាកាឡុក និងភាសាវៀតណាម។

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

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



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.

ໂຜ່ຍຸກນີ້: ບຸກຄົນເຮົາຈຳນວນຫຼາຍທີ່ສຸດ

ບຣູນິສເບີຜູກມາສສຳລັບ ສູບຮູບສູບຮູບກຳລັງ ບຣູນິສ Blue Shield TotalDual Plan ຄ້າຍ: ພະເລຂ
(800) 452-4413 (TTY: 711) ຕື້ເມັດ 8 ຕື້ກີດ ຈຳນວນເມັດ 8 ພະບໍ່. ເມັດເຮົາກໍ່ບໍ່ສຳລັບຜູກ
ບຣູນິສເບີຜູກມາສສຳລັບ ການເຮົາສູບຮູບສູບຮູບກຳລັງ ບຣູນິສ ເຮົາສູບຮູບສູບຮູບກຳລັງ
ສູບຮູບສູບຮູບກຳລັງ ບຣູນິສເບີຜູກມາສສຳລັບ 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។ សូមយកបណ្តសម្គាល់អ្នកទទួលបាន (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

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

អ្នកក៏អាចស្វែងរកបញ្ជីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយបំផុតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង blueshieldca.com/medformulary2026 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៖

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

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតស្តីពីវិធានឱសថទាំងនេះ សូមអានសំណួរ B4។

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

- ឱសថថ្មីដែលមានតម្លៃទាបជាងមុនមាននៅក្នុងទីផ្សារហើយមាន ប្រសិទ្ធភាពដូចជាឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នផងដែរ ឬ
- យើងដឹងថាឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាព ឬ
- ឱសថមួយត្រូវបានយកចេញពីទីផ្សារ។

សំណួរទី B3 និង B6 ខាងក្រោមមានព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពីបញ្ហាថាតើមានអ្វីកើតឡើង នៅពេលបញ្ជីឱសថផ្លាស់ប្តូរ។

- អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមអនឡាញតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2026។ 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។

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

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។
យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ។
ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើងប្រសិនបើ៖

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

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



- 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 138 ។ 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 (លុះត្រឹមតែអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ប្រើក្នុងរយៈពេលតិចជាងនេះ) ទោះជាអ្នកជា ឬមិនមែនជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ក៏ដោយ។
- នេះជាការបន្ថែមទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកបានចូលជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

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



គោលការណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ

នៅក្នុងកាលៈទេសៈដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កំពុងកែប្រែពីមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៅមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៀត គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងធានាឱ្យមានដំណើរការរាប់រហ័សសម្រាប់ការអនុម័តឱសថផ្នែក D ដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថ។ ដំណើរការនេះនឹងអនុវត្តចំពោះបញ្ជីឱសថផ្នែក D ដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬការព្យាបាលជាជំហាន។ ឧទាហរណ៍ពិភពមិត្តផ្លាស់ប្តូរការថែទាំគឺអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលចេញពីមន្ទីរពេទ្យទៅសម្រាកផ្ទះ 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។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះតាមអេឡិចត្រូនិក (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 វាបំបែកទាំងខិតសម្រេចមានម៉ាកយីហោ 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 វាបំបែកលើការផ្គត់ផ្គង់ ខិតសម្រេចតាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរ ឬទេ?

សម្រាប់ប្រភេទខិតសម្រេចមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់ អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ជាទូទៅ ខិតសម្រេចដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ គឺជាខិតសម្រេចដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃ 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
តាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតក្រាបនៃឯកសារនេះ។

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 តាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតក្រាមនៃឯកសារនេះ។
- អ្នកក៏អាចអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីឈ្ងុងយល់ពីរបៀបប្តឹងករ៉ា 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។

កូឡេស្ទីរ៉ូលនៃតារាងនេះរាយឈ្មោះឱសថ។ ឱសថទូទៅត្រូវបានរាយជាអក្សរតូចច្រើន (ឧទាហរណ៍ *simvastatin*) ឱសថមានម៉ាកយីហោមានអក្សរធំ (ឧទាហរណ៍ ELIQUIS) ព័ត៌មាននៅក្នុងកូឡេស្ទីរ៉ូល "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	

**អនុញ្ញាតឱសថដែលបានស្ថិតក្នុងបញ្ជីឱសថស្ថានសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា ដោយចូលធានាការ
សម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានវាយតម្លៃថ្នាក់ C1។**

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញា
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាំប្រើប្រាស់
សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺឈាមរាងកាយស្រវឹងក្នុងផ្នែក C1។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទប្បទានថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	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

**អនុញ្ញាតសរសេរឱ្យមានសិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍លើមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ: ជាយថ្នាំប្រើប្រាស់
សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺមានរោគសញ្ញាស្រដៀងគ្នា C14**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំឱសថ (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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកាតាតន៍កូនតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរាណយន្តកូនតារាង C1។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANESTHETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល
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	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុនតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរាណយនីកុនុនផ្តល់តែ C1។**

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កលើឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 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	ឈមុនកត្តិបទបង្កលើឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែបរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANTIBACTERIALS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិថិជនបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតកុល្យតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយនកុល្យតារាង C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី (កំរិតថ្នាំ)	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ: ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម ២០២១**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	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	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	Tier 5	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសកលកុល្លាតារាងនេះ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយលកុល្លាតារាង C14**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុល្យតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃមរណយនវកុល្យតារាង C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ប្រើប្រាស់ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាសត្រូផិក្តារពិភពលោក៖ ជាយថ្នលទ្ធិការន
សចេកុតិពលុយល័ដលែមរណយនកត្តុខផ្តល់តែ C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ: ជាយចូលធានាការ
សង្គតិពល័យនៃជីវិតមរណសតិក្រុងភ្នំពេញ C14**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	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	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងផ្នែក C1។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (24 ML PER 1 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	Tier 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភ្នែក៖ ជាយថ្នាបណ្តោះអាសន្ន
សម្រាប់កម្រិតថ្នាំដែលមានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ C1។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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-AMINOBUTYRIC 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

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ថ្មី៖ ជាយថ្នកវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ការសម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានរយៈពេលកំណត់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ C1។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតនីកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយនីកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<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)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាំប្រយោជន៍
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សុខភាពពិភពលោក C1។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីតេម៉ាស៊ីន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីតេម៉ាស៊ីន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិការភ្នែកពិការភ្នែក: ជាយថ្នលទ្ធិការ
សង្គមកម្ពុជាសម្រាប់ជនមានពិការភ្នែក** C14

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាសត្រូផិកាស្ត្រូផ័រ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សចេក្តីពន្ធន័យល័ដលែមរណយន័កត្រូផ័រ C1។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឹះស្ថានបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាលីកុលនៃការងារ: ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយនៃកុលផ្តល់ C1។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសហប្រជាជាតិ និងសហគមន៍អាស៊ាន៖ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណសតិក្នុងក្រុងភ្នំពេញ ២០២១**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 4	ST, 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	
<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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តលតែ C1។**

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
<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

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់: ជាយថ្នោះប្រើប្រាស់
សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ និងជំងឺមហារីកក្បាល C14**

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីតេម៉ាស៊ីន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<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

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីតេម៉ាស៊ីន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANTIGOUT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កជំងឺឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនកត្តាបង្កជំងឺឱសថ មុនី (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)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភាពខ្ពស់៖ ជាយថ្នាបណ្តាំការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយសវកុលុខផ្តលៃកែ C14**

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	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	

**អនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថនៃក្រុមហ៊ុនសុខាភិបាលកម្ពុជា
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់៖ ជាយថ្នកវិទ្យាសាស្ត្រ
សម្រាប់ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជា C14**

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតវេជ្ជសាស្ត្រកុនុខផ្នែក C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការក្រុមការងារសុខាភិបាល៖ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយន្តក្រុមជុំនៃ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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	

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចដោយក្រុមការងារប្រឹក្សាសុខាភិបាល
និងអង្គការគ្រប់គ្រងថ្នាំប្រើប្រាស់: ជាយថ្នោះនៃការ
សម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានវាយតម្លៃថ្នាំ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលធានាការ
សម្រេចក្នុងការពិចារណាដល់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
<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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងមន្ត្រីពេទ្យ
និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែត្រួតពិនិត្យរោគសញ្ញា និងរោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ជាមួយគ្រូពេទ្យ
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីថ្នាំត្រួតពិនិត្យ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកាតាតន៍ក្នុងតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបនៃព័ត៌មានដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងនេះ C14**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នំលទ្ធការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយល់ក្នុងធុនកែ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អនុញ្ញាតសរសេរឱ្យមានសក្តានុពលក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ: ជាយថ្ងៃទីកាល
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតថ្លៃ** C14

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែបានស្រាវជ្រាវស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែ
និងអង្គការគាំទ្រដល់ការព្យាបាលមហារីកស្រាប់តែ ជាយថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែ
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្រាវជ្រាវស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
<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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាលទីការ
សង្ខេបកម្មវិធីនយោបាយសុខភាពពិភពលោក C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកស្រាប់តែបានស្រាវជ្រាវស្វែងរកថ្នាំថ្មី
និងអង្គការការពារជំងឺមហារីកស្រាប់តែបានដឹងថាថ្នាំថ្មីទាំងនេះ ជាយថ្នាំថ្មីក្នុងការ
សម្រេចបាននូវលទ្ធផលដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងខាងលើ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែត្រួតពិនិត្យរោគសញ្ញា និងសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដល់ថ្នាំប្រើប្រាស់របស់អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីកសម្រាប់ជំងឺមហារីកស្រួចស្រាវជ្រាវ
និងអង្គការគ្រួសារក្នុងតំបន់អាស៊ីបូព៌ៈ ជាយុទ្ធសាស្ត្រការងារ
សម្រាប់ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមហារីកស្រួចស្រាវជ្រាវក្នុងតំបន់អាស៊ីបូព៌ៈ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពកម្ពុជាសម្រាប់ប្រជាជន៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះពីជំងឺមរណសតិដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្មី C1។**

ANTINEOPLASTICS

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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែអានសៀវភៅព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ
និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែអានសៀវភៅព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ C1។**

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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 sulfat 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfat 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfat 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfat 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

**អនុកម្មឱសថនៃក្រុមប្រឹក្សាសុខាភិបាលកម្ពុជា
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា ជាមួយប្រព័ន្ធការ
សម្របសម្រួលឱសថស្ថានសុខាភិបាលកម្ពុជា C14**

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អុធិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អុធិ (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	
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទវកាន
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តនតៃ C14**

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់៖ ជាយថ្នកវេជ្ជសាស្ត្រ
សម្រាប់ប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជា** C14

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	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
<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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមទៀតបាននៅលើគេហទំព័រ
នៃអង្គការសុខភាពស្រុកកម្ពុជា និងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ C1។**

ANTIPSYCHOTICS

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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺប្រាណាយស៊ីក្លិកត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែត្រួតពិនិត្យរោគសញ្ញា និងរោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ជាមួយគ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ ដើម្បីប្រាកដថា ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺប្រាណាយស៊ីក្លិក មិនបណ្តាលឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពទេ។

ANTIPSYCHOTICS

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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ជំងឺប្រាណាយស៊ីក៍ត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ជំងឺប្រាណាយស៊ីក៍ត្រឹមត្រូវតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ។

ANTIPSYCHOTICS

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

ANTISPASTICITY AGENTS

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

**អ្នកប្រកាសថ្លៃថ្នូរឱសថនៃក្រុមហ៊ុនសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមិត្តភក្តិសហគ្រាស
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា ដោយចូលរួមការ
សម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានការយល់ព្រមលើការប្រើប្រាស់ C1។**

ANTIVIRALS

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

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្នថ្មីសថនៃកម្មវិធីសុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់សម្រាប់ជំងឺ
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងសមាជិកៈ ជាយថ្នាំប្រើប្រាស់
សម្រាប់ជំងឺថ្នាំប្រើប្រាស់សម្រាប់ជំងឺថ្នាំប្រើប្រាស់សម្រាប់ជំងឺថ្នាំប្រើប្រាស់ C1។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមប្រឹក្សាថ្នាំ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាស្ត្រូផ្តាណូនៃ ជាយចូលទីកាល
សម្រេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយន្តក្តុខផ្តុនកែ C14**

ANTIVIRALS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នបទណ៍កាន
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយសវកុនុខដុនតៃ C14**

ANTIVIRALS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នបទដ្ឋាន
សម្រាប់កម្រិតថ្នាក់នៃឱសថសាស្ត្រសុខភាព C1។**

ANTIVIRALS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិវឌ្ឍន៍កម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ក្រុងភ្នំពេញ C1។**

ANTIVIRALS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺកូវីដ-១៩**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អុទ្ធិ (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អុទ្ធិ (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone 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)
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យននៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល់ដលែបរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

ANXIOLYTICS

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ អុឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍កុល្លាតារាណៈ ជាយចូលទៅកាន
សម្រេក្តីពន្យល់ដល់បរាណយន៍កុល្លាតន៍ C1។**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA 100 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាបណ្តាំការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយសវត្តមានអង្គការសុខភាពពិភពលោក C14**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសហប្រជាជាតិកម្ពុជា និងសហគ្រាសប្រជាជន: ជាយថ្នាលទីកាល
សម្រាប់ឆ្នាំនៃយុវជនប្រជាជនកម្ពុជាកម្ពុជា C14**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិភពលោកនៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសុខភាពកុមារនៃ ជាយចូលធានាការ
សង្គ្រោះពលរដ្ឋដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺ**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិភពលោកនៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការក្រសួងសុខាភិបាល៖ ជាយថ្នករដ្ឋបាល
សម្រេចក្នុងនាមរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាថ្ងៃទី ២១ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០២១**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍ក្នុងតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបក្នុងតុល្យនៃជំនួយមរណសតិក្នុងតុល្យនៃ C1។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសកលក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក៖ ជាយថ្នំលទ្ធការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរណាយសកលក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក C14**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះត្រូវតែមានការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ និងត្រូវតែប្រើប្រាស់តាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទប្បវត្តន៍ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ: ជាយចូលធានាការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមស្រស់ក្នុងតំបន់ C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រព្យឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍មរណសតិក្នុងតំបន់: ជាយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយន្តក្នុងផ្នែក C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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	

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះគួរតែមានការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ និងត្រូវតែប្រើប្រាស់តាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ: ជាយចូលធានាការ
សង្គតិពុលយល់ដឹងមានរាយនាក្រុងភ្នំពេញ C14**

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពកម្ពុជាសម្រាប់ប្រជាជន៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមសរសៃក្នុងផ្នែក C1។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះត្រូវតែប្រើប្រាស់តាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ
និងអ្នកសុខាភិបាល។ ប្រសិនបើមានបញ្ហាណាមួយ
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ ត្រូវទាក់ទងគ្រូពេទ្យ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ (ភីអិចស៊ីត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>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)

**អនុញ្ញាតឱសថដែលបានស្នើសុំពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យសុព្យាបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា៖ ជាយថ្នកកំណត់
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេព័ត៌មានសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតក្រុមការងារនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដលៃមានរាយនាក្រុមផ្តល់កែ C14**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សង្គមកម្ពុជាធានាសុខភាពសាធារណៈក្នុងប្រទេសកម្ពុជា** C14

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មនៃប្រព័ន្ធថែរ៉ាប៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 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

អនុកម្មសរុបនៃកម្រិតថ្នាក់សេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ប្រព័ន្ធថែរ៉ាប៊ីស្របចំពោះជំងឺបេះដូង និងប្រព័ន្ធភ្លាស្ទិក និងអង្គការសុខាភិបាលក្នុងតំបន់នេះ ជាយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការសម្រេចកម្រិតថ្នាក់សេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ប្រព័ន្ធថែរ៉ាប៊ីស្របចំពោះជំងឺបេះដូង និងប្រព័ន្ធភ្លាស្ទិក C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់បញ្ជូនឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (10 MG TAB, 5 MG TAB)	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	
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	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	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	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់បញ្ជូនឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ: ជាយថ្នោះនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺស្រាវជ្រាវ** C14

<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)
--	--------	-------------------

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទប្បវត្តិឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការក្រុមគ្រូពេទ្យសុខាភិបាល៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺសញ្ញា C14**

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
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
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភ្នែក៖ ជាយថ្នាបណ្ណាល័យ
សម្រាប់កម្មវិធីបណ្ណាល័យសុខភាពពិការភ្នែក C1។**

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</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	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា ជាមួយប្រធានការ
សម្រេចក្នុងកិច្ចប្រជុំលើកទី១៧៧៧ របស់មន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាលកម្ពុជា ថ្ងៃទី ២១ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០២១**

DENTAL AND ORAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>amnesteam (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

អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្ងៃនៃការសម្រេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាកាសសុខភាពស្រី C14

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិការភាពខ្ពស់៖ ជាយថ្នាបណ្តាំការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយសវកុលខុសត្រូវ C14**

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសេវាកម្មសុខភាពពលរដ្ឋ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបកម្មវិធានសុខភាពពលរដ្ឋសុខភាពសុខុមាលភាព** C14

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញា
និងអង្គការសកលក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក៖ ជាយថ្នរដ្ឋាភិបាល
សម្រេចក្នុងនាមនៃរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល** C14

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្ន
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ C14**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
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	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
KLOR-CON 8 MEQ TAB ER	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញា
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាលទីកាល
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយសវកុលុខផ្តល់កែ C14**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)

អនុញ្ញាតឱសថដែលបានសម្រេចពីអគ្គនាយកដ្ឋានថ្នាំ និងគ្រួសារកម្ពុជា និងអគ្គនាយកដ្ឋានថ្នាំ និងគ្រួសារកម្ពុជា សម្រេចក្នុងនាមនៃរដ្ឋសភាជាតិ

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
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	
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

**អនុញ្ញាតឱសថដែលបានស្នើសុំពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ: ជាយថ្ងៃនៃការ
សម្រេចក្នុងនាមនៃលេខាធិការនៃអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល** C14

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ: ជាយចូលធានាការ
សង្គ្រោះពលរដ្ឋដែលមានរយនាក្រុងភ្នំពេញ C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (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
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	

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំសម្រាប់ជំងឺជំនួសប្រូតេអ៊ីន និងប្រូតេអ៊ីនប្រើប្រាស់ជំងឺជំនួសប្រូតេអ៊ីន C1។

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិការភ្នែកពិការភ្នែក ជាយុទ្ធសាស្ត្រការងារ
សម្រាប់កម្រិតនៃជំងឺមរណសតិពិការភ្នែក C1។**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះផលិតផលឬឈ្មោះផ្សេងៗ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C14**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំប៉នថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំប៉នថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	ឈមុនកត្តាបំប៉នថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANDROGENS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរមតចន័យនៃវិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតកុលខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរាណយន្តកុលខផ្តល់តែ C14**

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

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

អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺកម្រិតខ្ពស់នៃមីតូស៊ីសស្រ្តី និងអង្គការកម្ពុជាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺកម្រិតខ្ពស់នៃមីតូស៊ីសស្រ្តី សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺកម្រិតខ្ពស់នៃមីតូស៊ីសស្រ្តី C14

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាស្ត្រូផិក្តារពន្លឺ: ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពន្ធយល់ដលៃមរណយន្តកុនុខផុនកែ C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស (កម្ពុជា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានបញ្ហាផ្លូវភេទ
និងអង្គសរសៃឈាមក្នុងតំបន់នេះ ដោយចូលរួមការ
សម្រេចក្នុងគណៈកម្មាធិការស្តីពីថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ស្ត្រី C1។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពសកលពិភពលោក៖ ជាយថ្នបទដ្ឋាន
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងការផ្តល់ជំនួយបរទេសសុខភាពសកល C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<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	

**អនុញ្ញាតឱសថនៃក្រុមហ៊ុនស្រីស្រីអភិវឌ្ឍន៍យល់ដឹងមិត្តភក្តិសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នាលទីកាល
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកុលាភិក្ខុនៃស្ថាប័ននេះ ជាយថ្នាបណ្ណាល័យ
សម្រាប់កុលាភិក្ខុនៃស្ថាប័ននេះ ជាយថ្នាបណ្ណាល័យនៃស្ថាប័ននេះ C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-previfem 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	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C1។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះផលិតផលបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
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 prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C14**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើស្រទាប់ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើស្រទាប់ (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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរុទ្ធសិរីយន្តសិរីសុភ័ណ្ឌ
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នករណ៍ការ
សម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានរាយនាមនៃកម្មវិធីសុខាភិបាល C14**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អុធិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានសម្រេចពីអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ប្រើប្រាស់: ជាយថ្នោះប្រើប្រាស់
សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺប្រព័ន្ធភ្នែកធុនក្រចក C1។**

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<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	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំបង្កប់ថ្នល់ឱសថត្រូវតែត្រួតពិនិត្យជាញឹកញយ និងអង្កេតរករោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀត ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ C14

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អុទ្ធិ (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អុទ្ធិ (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍ក្នុងតារាងនេះ ជាយថ្នល់ធានាការ
សង្ខេបក្នុងតារាងនៃឈ្មោះឱសថនានានាមក្នុងតារាងនៃ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML 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)

**អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងនេះអាចមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់បំផុតបើប្រើប្រាស់តាមវិធានការណ៍
និងអង្គការកំណត់កម្រិតថ្នាក់នៃថ្នាំ៖ ជាយថ្នាំប្រើប្រាស់
សម្រាប់ជំងឺរាងកាយប្រើប្រាស់ថ្នាំកំណត់លើការប្រើប្រាស់ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អុី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាតន៍កុល្លាតារាងនេះ ជាយចូលធានាការ
សង្ខេបក្នុងព័ត៌មានលំដាប់មរណយន៍កុល្លាតន៍ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតាលីកុលនៃស្ថាប័ននេះ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដលៃមរណយនកុលនៃអង្គការ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិវឌ្ឍន៍កម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្នាលទីកាល
សប្តាហ៍ទី៧ ថ្ងៃទី១៧ ខែមេសា ឆ្នាំ២០២១**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នបទដ្ឋាន
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធសុខភាពសាធារណៈ C1។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរុក្ខត្តយនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍កុល្លតារាងនេះ ជាយច្ចុលទីកាន
សចេកុតិពុយល្លងលែមរណយនកុល្លតុល្លតៃ C14**

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបង្កោមត្រី (កំរិតថ្នាក់)	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	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	PA, 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		
<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	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបង្កោមត្រី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែប្រើប្រាស់ថ្នាំតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ ឬគ្រូបង្ការជំងឺ ដោយចូលរួមក្នុងការសម្រេចក្នុងការយល់ដឹងថាមានការយល់ព្រមលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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 អន្តរជាតិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរមតិចន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរមតិចន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
សម្រេចក្នុងកិច្ចប្រជុំប្រតិភូប្រធានការយល់ព្រមលើកិច្ចសន្យា C14**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	

**អនុកម្មាចារ្យសេវាខេត្តកំពង់ចាមសម្រាប់អគ្គនាយកដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យសុព្វញ្ញា
និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ: ជាយថ្ងៃនេះ យើងចូលរួមការ
សម្រេចក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថនានាដែលមានរាយនាមក្នុងតារាងខាងលើ។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
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	

អ្នកប្រើប្រាស់គ្រប់គ្រងគ្រួសារសម្រាប់ការថែទាំផ្ទះ និងអ្នកប្រើប្រាស់ផ្ទះ ត្រូវតែប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតនៃក្រុមប្រឹក្សាគ្រូពេទ្យកម្ពុជា C1។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិរមតចន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍កុល្យតារាងនេះ ជាយច្ចុប្បន្នការ
សម្រេចក្នុងព្រឹត្តិបត្រនៃវិមត្តសុញ្ញញ្ញា** C14

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសិរីពិភពលោកនៃមិត្តភក្តិស្នេហា
និងអង្គការសុខភាពសកលពិភពលោក៖ ជាយូរមកហើយការ
សង្ខេបព័ត៌មានលំអិតនៃធាតុសមាសសុខភាពសកលពិភពលោក C1។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទីកាល
សចេកុតិពនុយល័ដលែមរណយនវកុនុខផ្តល់តែ C1។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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, 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	

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ដោយចូលធានាការ
សម្រេចក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ដោយចូលធានាការ
សម្រេចក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ដោយចូលធានាការ**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
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 4	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គលេខាធិការនៃមិត្តភក្តិសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការសកលកុលាភិការព្រះ ជាយថ្នករណ៍កាន់
សច្ចក្តីពលុយល្អដល់បរទេសយសកុលាភិការព្រះ C14**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
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	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសញ្ញា
នៃអង្គការកម្ពុជាក្រុងភ្នំពេញ៖ ជាយថ្ងៃនៃការ
សង្គ្រោះជនរងគ្រោះដោយជំងឺឈាមក្រហម C1។**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នលទ្ធិការ
សម្រេចក្តីពន្យល់ដល់មរណយសវត្តន៍ក្នុងឆ្នាំ ២០២១**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	Tier 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	
<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	

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គល័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកេរ្តិ៍មរណសតិក្នុងតំបន់៖ ជាយចូលធានាការ
សង្គតិពុលយល់ដឹងមានរាយនាក្នុងផ្នែក C1។**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 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	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3- 0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5- 10000-1 suspension)</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុល្យតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរាណយនវកុល្យតារាង C14**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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>cyproheptadine 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)

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងខាងលើនេះ ដោយចូលធានាការ
សម្រេចក្នុងការពិនិត្យយល់ដឹងលម្អិតពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថទាំងនេះ C14**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
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)

**អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងខាងលើនេះ ដោយចូលធនាគារ
សម្រាប់ប្រើប្រាស់ដោយប្រជាជនដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺសួត ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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 ADRENALIN)	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)
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃវិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គសកោតនវកុល្យតារាងនេះ ជាយចូលទីកាន
សចេកុតិពុយល័ដលែមរណយនវកុល្យតារាង C1។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
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

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
នៃអង្គការសកលក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក៖ ជាយថ្នាំប្រយោជន៍
សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺប្រេកាណូមេនតាមការណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) C14**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ជាតិ
និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក៖ ជាយថ្នាបណ្តាំការ
សង្ខេបកម្មវិធីនយោបាយសុខភាពពិភពលោកសុខភាព** C14

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកាលីប័ណ្ណប្រើប្រាស់ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	ឈ្មោះអនុកាលីប័ណ្ណប្រើប្រាស់ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកាលីប័ណ្ណប្រើប្រាស់ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអគ្គនាយកដ្ឋាននៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណ
និងអភិសរកាតនវកុល្យតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរិយាយនវកុល្យតារាងនៃ C14**

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)

**អនុកម្មាចសវចៃកេរ្តិ៍មរណសតិពីអតថន័យនៃនិមិត្តសុញ្ញញ្ញា
និងអង្គការកាតលីកុនុខតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន
សេចក្តីពន្យល់ដល់បរណាយនកុនុខផ្តល់កែ C1។**

amnesteem.....	111	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	147
amoxapine.....	50	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	147
amoxicillin.....	37	atazanavir sulfate.....	85
amoxicillin-pot clavulanate.....	37	atenolol.....	99
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	37	atenolol-chlorthalidone.....	102
amoxicillin-pot clavulanate er.....	37	atomoxetine hcl.....	108
amphetamine-dextroamphet er.....	108	atorvastatin calcium.....	105
amphetamine-dextroamphetamine.....	108	atovaquone.....	73
AMPHOTERICIN B.....	52	atovaquone-proguanil hcl.....	73
amphotericin b liposome.....	52	atropine sulfate.....	153
ampicillin.....	37	ATROVENT HFA.....	159
ampicillin sodium.....	37	aubra.....	125
ampicillin-sulbactam sodium.....	38	aubra eq.....	125
anagrelide hcl.....	95	AUGTYRO.....	58
anastrozole.....	59	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	147
ANORO ELLIPTA.....	162	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.....	85	aurovela 1/20.....	125
AQ INSULIN SYRINGE.....	147	aurovela fe 1.5/30.....	125
AQINJECT PEN NEEDLE.....	147	aurovela fe 1/20.....	125
ARALAST NP.....	121	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.....	60
ARIKAYCE.....	33	azathioprine.....	140
aripiprazole.....	76	AZATHIOPRINE SODIUM.....	140
armodafinil.....	164	azelastine hcl.....	154,158
ARNUITY ELLIPTA.....	157	azithromycin.....	39
asenapine maleate.....	76	AZITHROMYCIN.....	39
ashlyna.....	125	aztreonam.....	34
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	158	azurette.....	125
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	158		
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	158	B	
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	158	bac (butalbital-acetamin-caff).....	109
ASMANEX HFA.....	158	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	145	blisovi fe 1.5/30	126
BALVERSA	60	blisovi fe 1/20	126
balziva	126	BOOSTRIX	142
BAQSIMI ONE PACK	91	bosentan	161
BAQSIMI TWO PACK	91	BOSULIF	60,61
BARACLUDE	81	BRAFTOVI	61
BCG VACCINE	142	BREO ELLIPTA	162
BD INSULIN SYRINGE	147	breyna	162
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREZTRI AEROSPHERE	162
MISC	147	briellyn	126
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	61
benazepril-hydrochlorothiazide	102	budesonide	145,158
BENLYSTA	137	budesonide er	145
BENZNIDAZOLE	73	budesonide-formoterol fumarate	162
benzoyl peroxide-erythromycin	111	bumetanide	104
benztropine mesylate	74	buprenorphine	29
BESIVANCE	39	buprenorphine hcl	32
BESREMI	139	buprenorphine hcl-naloxone hcl	33
betaine	121	bupropion hcl	47
betamethasone dipropionate	112	bupropion hcl er (smoking det)	33
betamethasone dipropionate aug	112	bupropion hcl er (sr)	47
betamethasone valerate	112	bupropion hcl er (xl)	47
BETASERON	110	bupirone hcl	87
betaxolol hcl	99,156	butalbital-apap-caffeine	109
bethanechol chloride	122	butalbital-aspirin-caffeine	28
bexarotene	72	butorphanol tartrate	30
BEXSERO	142		
bicalutamide	56	C	
BICILLIN L-A	38	CABENUVA	84
BIKTARVY	81	cabergoline	135
bimatoprost	156	CABOMETYX	61
BIOGUARD GAUZE SPONGES	147	calcipotriene	114

calcitonin (salmon)	145	CEFTAZIDIME	36
calcitrene	114	ceftriaxone sodium	37
calcitriol	145	cefuroxime axetil	37
CALCITRIOL	146	cefuroxime sodium	37
calcium acetate (phos binder)	118	celecoxib	28
CALQUENCE	61	cephalexin	37
camila	133	cetirizine hcl	158
camrese	126	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	73
CAPRELSA	61	chlorpromazine hcl	75
captopril	98	chlorthalidone	105
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	102	cholestyramine	106
carbamazepine	44	cholestyramine light	106
carbamazepine er	44	ciclodan	115
carbidopa	75	ciclopirox	115
carbidopa-levodopa	75	ciclopirox olamine	115
carbidopa-levodopa er	75	cilostazol	96
carbidopa-levodopa-entacapone	74	CILOXAN	39
CARETOUCH ALCOHOL PREP	148	CIMDUO	83
carglumic acid	121	cimetidine	120
carisoprodol	163	cinacalcet hcl	146
CARTEOLOL HCL	156	ciprofloxacin	39
cartia xt	100	ciprofloxacin hcl	39
carvedilol	99	ciprofloxacin in d5w	39
cataflam	28	ciprofloxacin-dexamethasone	157
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	138
clobazam	43	COSENTYX UNOREADY	138
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	97	CVS ALCOHOL PREP PADS	148
clopidogrel bisulfate	96	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	148
clorazepate dipotassium	87	cvs isopropyl alcohol wipes	114
clotrimazole	52	cyclafem 1/35	126
clotrimazole-betamethasone	114	cyclafem 7/7/7	126
clozapine	80	cyclobenzaprine hcl	163
COARTEM	73	CYCLOPHOSPHAMIDE	56
COBENFY	80	cyclosporine	140
COBENFY STARTER PACK	80	cyclosporine modified	140
CODEINE SULFATE	30	cyproheptadine hcl	158
codeine sulfate	30	cyred	126
colchicine	54	cyred eq	126
colchicine-probenecid	54		
colesevelam hcl	106	D	
colestipol hcl	106	dabigatran etexilate mesylate	93
colistimethate sodium (cba)	34	dalfampridine er	110
COMBIVENT RESPIMAT	162	danazol	124
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	61	dantrolene sodium	80
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	61	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	107
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	61	dapsone	55
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	148	DAPTACEL	142
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	148	daptomycin	34
compro	51	darunavir	85
constulose	118	dasatinib	62
COPIKTRA	61	dasetta 1/35	126
CORLANOR	103	dasetta 7/7/7	126
CORTIFOAM	145	DAURISMO	62
CORTISONE ACETATE	123	daysee	126
CORTISPORIN-TC	157	deblitane	133
COSENTYX	137	decadron	123
COSENTYX (300 MG DOSE)	138	deferasirox	117
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	138	DELSTRIGO	82

delyla.....	126	digox.....	98
DENGVAXIA.....	142	digoxin.....	98
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	133	dihydroergotamine mesylate.....	54
depo-testosterone.....	124	DILANTIN.....	44
DERMOTIC.....	157	dilt-xr.....	100
DESCOVY.....	83	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.....	101
desogestrel-ethinyl estradiol.....	126	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	101
desonide.....	112	diltiazem hcl er.....	101
desoximetasone.....	112	diltiazem hcl er beads.....	101
desvenlafaxine succinate er.....	48	dimethyl fumarate.....	110
dexamethasone.....	123	dimethyl fumarate starter pack.....	110
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	123	diphenoxylate-atropine.....	119
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.....	115,116	divalproex sodium.....	41
dextrose in lactated ringers.....	116	divalproex sodium er.....	41
DEXTROSE-NACL.....	116	dofetilide.....	98
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE.....	116	donepezil hcl.....	46
dextrose-sodium chloride.....	116	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.....	88	dorzolamide hcl-timolol mal.....	153
diazoxide.....	91	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		
DIFICID.....	39		
diflunisal.....	28		
difluprednate.....	155		
digitek.....	98		

doxercalciferol	146
doxy 100	40
doxycycline hyclate	40
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	97
duloxetine hcl	109
DUPIXENT	138
dutasteride	122
dutasteride-tamsulosin hcl	122

E

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	149
EASY COMFORT PEN NEEDLES	149
EASY TOUCH INSULIN BARRELS	149
ec-naproxen	28
econazole nitrate	52
EDURANT	82
EDURANT PED	82
EFAVIRENZ	82
efavirenz	82
efavirenz-emtricitab-tenofo df	82
efavirenz-lamivudine-tenofovir	82
ELAPRASE	121
elinest	126
ELIQUIS	93,94
ELIQUIS (1.5 MG PACK)	93
ELIQUIS (2 MG PACK)	93
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	94
eltrombopag olamine	95
eluryng	127
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	150
EMGALITY	54
EMGALITY (300 MG DOSE)	54
emoquette	127
EMSAM	48
emtricitab-rilpivir-tenofof df	82
emtricitabine	83
emtricitabine-tenofovir df	83
EMTRIVA	83
emzahn	133
enalapril maleate	98
enalapril-hydrochlorothiazide	103
ENBREL	140
ENBREL MINI	140
ENBREL SURECLICK	140
endocet	30
ENGERIX-B	142
enilloring	127
enoxaparin sodium	94
enpresse-28	127
ENSACOVE	59,60
enskyce	127
entacapone	74
entecavir	81
ENTRESTO	103
enulose	118
ENVARUSUS XR	140
EPIDIOLEX	41
epinephrine	160
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	160

epitol.....	45	EXXUA TITRATION PACK.....	47
EPIVIR HBV.....	81	ezetimibe.....	106
eplerenone.....	104	ezetimibe-simvastatin.....	106
ERGOLOID MESYLATES.....	46		
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	54	F	
ERIVEDGE.....	62	falmina.....	127
ERLEADA.....	56	famciclovir.....	86
erlotinib hcl.....	62	famotidine.....	120
errin.....	133	FANAPT.....	77
ertapenem sodium.....	38	FANAPT TITRATION PACK A.....	77
ERY.....	115	FANAPT TITRATION PACK B.....	77
erythrocin lactobionate.....	39	FANAPT TITRATION PACK C.....	77
erythromycin.....	115,155	FARXIGA.....	107
erythromycin base.....	39	febuxostat.....	54
erythromycin ethylsuccinate.....	39	feirza 1.5/30.....	127
erythromycin lactobionate.....	39	feirza 1/20.....	127
ERZOFRI.....	76,77	felbamate.....	41
escitalopram oxalate.....	48	felodipine er.....	100
eslicarbazepine acetate.....	45	femynor.....	128
esomeprazole magnesium.....	120	fenofibrate.....	105
estarylla.....	127	fenofibrate micronized.....	105
estradiol.....	127	fenofibric acid.....	105
estradiol valerate.....	127	fentanyl.....	29
ESTRING.....	127	FETZIMA.....	49
estrogens conjugated.....	127	FETZIMA TITRATION.....	49
eszopiclone.....	163	FIASP.....	91
ethambutol hcl.....	55	FIASP FLEXTOUCH.....	91
ethosuximide.....	43	FIASP PENFILL.....	91
ethynodiol diac-eth estradiol.....	127	FIASP PUMPCART.....	91
etodolac.....	28	fidaxomicin.....	39
etodolac er.....	28	finasteride.....	122
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	127	fingolimod hcl.....	110
etravirine.....	82	FINTEPLA.....	41
EUCRISA.....	112	flecainide acetate.....	98
EULEXIN.....	56	fluconazole.....	52
euthyrox.....	134	fluconazole in sodium chloride.....	52
everolimus.....	62,140	flucytosine.....	52
EVOTAZ.....	85	fludrocortisone acetate.....	123
exemestane.....	59	flunisolide.....	162
EXXUA.....	47	fluocinolone acetonide.....	112

fluocinolone acetonide body	113
fluocinolone acetonide scalp	113
fluocinonide	113
fluocinonide emulsified base	113
fluorometholone	155
fluorouracil	114
fluoxetine hcl	49
FLUOXETINE HCL	49
fluphenazine decanoate	75
FLUPHENAZINE HCL	75
FLURBIPROFEN	28
FLURBIPROFEN SODIUM	155
FLUTAMIDE	56
fluticasone propionate	113,162
fluticasone-salmeterol	162
FLUTICASONE-SALMETEROL	162
fluvastatin sodium	105
fluvastatin sodium er	105
flvoxamine maleate	49
FML	155
FML FORTE	155
fondaparinux sodium	94
fosamprenavir calcium	85
fosfomycin tromethamine	35
fosinopril sodium	98
fosinopril sodium-hctz	103
FOTIVDA	62
FRUZAQLA	58
FULPHILA	95
fulvestrant	57
furosemide	104
fyavolv	128

G

gabapentin	43
galantamine hydrobromide	46
galantamine hydrobromide er	46
gallifrey	133
GAMUNEX-C	137
GARDASIL 9	142

gauze pads 2	150
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	155
gentamicin sulfate	34,155
GENVOYA	81
GILOTRIF	62
glatiramer acetate	110
glatopa	110
glimepiride	88
glipizide	88
glipizide er	88
glipizide xl	89
glipizide-metformin hcl	89
GLUCAGEN HYPOKIT	91
GLUCAGON EMERGENCY	91
glyburide	89
GLYBURIDE MICRONIZED	89
glyburide-metformin	89
glycopyrrolate	119
GLYXAMBI	89
GNP PEN NEEDLES	150
GOMEKLI	62,63
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	150
granisetron hcl	51
griseofulvin microsize	53
griseofulvin ultramicrosize	53
guanfacine hcl	97
guanfacine hcl er	108

H

HADLIMA	140
HADLIMA PUSH TOUCH	140

HAEGARDA.....	137	hydroxyzine hcl.....	158
hailey 1.5/30.....	128	hydroxyzine pamoate.....	158
hailey fe 1.5/30.....	128	HYRNUO.....	63
hailey fe 1/20.....	128		
halobetasol propionate.....	113	I	
haloette.....	128	ibandronate sodium.....	146
haloperidol.....	75	IBRANCE.....	63
haloperidol decanoate.....	76	IBTROZI.....	63
haloperidol lactate.....	76	ibu.....	28
HAVRIX.....	142	ibuprofen.....	28
heather.....	133	icatibant acetate.....	137
heparin sodium (porcine).....	94	iclevia.....	128
heparin sodium (porcine) pf.....	94	ICLUSIG.....	63
HEPLISAV-B.....	143	icosapent ethyl.....	106
HERNEXEOS.....	63	IDHIFA.....	63
HIBERIX.....	143	ILEVRO.....	155
HIZENTRA.....	137	imatinib mesylate.....	63
HUMALOG.....	91	IMBRUVICA.....	63
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	91	imipenem-cilastatin.....	38
HUMALOG KWIKPEN.....	91	imipramine hcl.....	50
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	91	imiquimod.....	114
HUMALOG MIX 75/25.....	91	IMKELDI.....	64
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	92	IMOVAX RABIES.....	143
HUMULIN 70/30.....	92	IMPAVIDO.....	73
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	92	incassia.....	133
HUMULIN N.....	92	INCRELEX.....	124
HUMULIN N KWIKPEN.....	92	INCRUSE ELLIPTA.....	159
HUMULIN R.....	92	indapamide.....	105
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	92	indomethacin.....	29
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	92	INFANRIX.....	143
hydralazine hcl.....	107	INLURIYO.....	57
hydrochlorothiazide.....	105	INLYTA.....	64
hydrocodone-acetaminophen.....	30,31	INQOVI.....	58
hydrocortisone.....	113,145	INREBIC.....	64
hydrocortisone (perianal).....	113	INSULIN ASPART.....	92
hydrocortisone butyrate.....	113	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	92
hydrocortisone-acetic acid.....	157	INSULIN ASPART PENFILL.....	92
hydromorphone hcl.....	31	INSULIN LISPRO.....	92
hydroxychloroquine sulfate.....	73	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	92
hydroxyurea.....	58	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	77,78
INVEGA TRINZA	78
IPOL	143
ipratropium bromide	159
ipratropium-albuterol	162
irbesartan	97
irbesartan-hydrochlorothiazide	103
ISENTRESS	81,82
ISENTRESS HD	82
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	64
itraconazole	53
ivabradine hcl	103
ivermectin	73
IWILFIN	58
IXIARO	143

J

jaimiess	128
----------	-----

JAKAFI	64
jantoven	94
JANUMET	89
JANUMET XR	89
JANUVIA	89
JARDIANCE	107
jasmiel	128
JAYPIRCA	64
jencycla	133
JENTADUETO	89
JENTADUETO XR	89
jinteli	128
jolessa	128
joyeaux	128
JUBBONTI	146
juleber	128
JULUCA	82
junel 1.5/30	128
junel 1/20	128
junel fe 1.5/30	128
junel fe 1/20	128
JYNNEOS	143

K

KALETRA	85
kalliga	128
KALYDECO	160
kariva	128
kcl in dextrose-nacl	116
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	116
kelnor 1/35	128
kelnor 1/50	128
KERENDIA	89
ketoconazole	53
ketorolac tromethamine	155
KINRIX	143
kionex	118
KISQALI (200 MG DOSE)	64
KISQALI (400 MG DOSE)	64
KISQALI (600 MG DOSE)	64

KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	64	lenalidomide.....	57
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	64	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	65
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	65	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	65
klayesta.....	53	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	65
KLOR-CON.....	116	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	65
klor-con 10.....	116	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	65
klor-con m10.....	116	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	65
klor-con m15.....	116	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	65
klor-con m20.....	116	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	66
KLOXXADO.....	33	lessina.....	129
KOSELUGO.....	65	letrozole.....	59
kourzeq.....	110	leucovorin calcium.....	59
KRAZATI.....	65	LEUKERAN.....	56
kurvelo.....	128	leuprolide acetate.....	136
L		levabuterol hcl.....	160
l-glutamine.....	121	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	160
labetalol hcl.....	99	levetiracetam.....	42
lacosamide.....	45	levetiracetam er.....	42
lactated ringers.....	116,150	levo-t.....	135
lactulose.....	118	LEVOBUNOLOL HCL.....	156
lactulose encephalopathy.....	118	levocarnitine.....	121
LAGEVRIO.....	86	levocetirizine dihydrochloride.....	158
lamivudine.....	81,83	levofloxacin.....	40
lamivudine-zidovudine.....	83	LEVOFLOXACIN.....	155
lamotrigine.....	41,42	levofloxacin in d5w.....	40
lansoprazole.....	120	levonest.....	129
LANTUS.....	92	levonorg-eth estrad triphasic.....	129
LANTUS SOLOSTAR.....	92	levonorgest-eth estrad 91-day.....	129
lapatinib ditosylate.....	65	levonorgest-eth estradiol-iron.....	129
larin 1.5/30.....	128	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	129
larin 1/20.....	128	levora 0.15/30 (28).....	129
larin fe 1.5/30.....	128	levothyroxine sodium.....	135
larin fe 1/20.....	129	levoxyl.....	135
larissia.....	129	LEXIVA.....	85
latanoprost.....	156	lidocaine.....	32
LAZCLUZE.....	60	lidocaine hcl.....	32
LEDERLE LEUCOVORIN.....	58	lidocaine viscous hcl.....	32
leena.....	129	lidocaine-prilocaine.....	32
leflunomide.....	141	lidocan.....	32
		LILETTA (52 MG).....	133

lillow.....	129	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	136
lincomycin hcl.....	35	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	136
linezolid.....	35	lurasidone hcl.....	78
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	35	lutura.....	130
LINZESS.....	118	lyleq.....	133
liothyronine sodium.....	135	lyllana.....	130
lisinopril.....	98	LYNPARZA.....	66
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	103	LYSODREN.....	59
lithium.....	88	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	66
lithium carbonate.....	88	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	66
lithium carbonate er.....	88	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	66
LIVTENCITY.....	81	lyza.....	133
lo-zumandimine.....	129		
loestrin 1.5/30 (21).....	129	M	
loestrin 1/20 (21).....	129	M-M-R II.....	143
loestrin fe 1.5/30.....	129	magnesium sulfate.....	116
loestrin fe 1/20.....	129	malathion.....	115
lojaimiess.....	129	maraviroc.....	84
LOKELMA.....	118	marlissa.....	130
lomustine.....	56	MARPLAN.....	48
LONSURF.....	59	MATULANE.....	56
loperamide hcl.....	119	matzim la.....	101
lopinavir-ritonavir.....	85	MAVYRET.....	81
lorazepam.....	88	meclizine hcl.....	51
lorazepam intensol.....	88	medpura alcohol pads.....	114
LORBRENA.....	66	medroxyprogesterone acetate.....	133
loryna.....	129	mefloquine hcl.....	73
losartan potassium.....	97	megestrol acetate.....	134
losartan potassium-hctz.....	103	MEKINIST.....	66
loteprednol-tobramycin.....	153	MEKTOVI.....	66
lovastatin.....	105	meleya.....	134
low-ogestrel.....	129	meloxicam.....	29
loxapine succinate.....	76	memantine hcl.....	47
lubiprostone.....	119	memantine hcl er.....	47
luizza 1.5/30.....	129	MENACTRA.....	143
luizza 1/20.....	130	MENEST.....	130
LUMAKRAS.....	66	MENQUADFI.....	143
LUMIGAN.....	157	MENVEO.....	143
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	136	mercaptopurine.....	58
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	136	meropenem.....	38

MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	38	mifepristone.....	136
mesalamine.....	145	mili.....	130
mesalamine er.....	145	minocycline hcl.....	40
mesna.....	72	minoxidil.....	107
metformin hcl.....	89	minzoya.....	130
metformin hcl er.....	89	mirtazapine.....	48
methadone hcl.....	29	misoprostol.....	120
methazolamide.....	156	modafinil.....	164
methenamine hippurate.....	35	MODEYSO.....	59
methergine.....	150	moexipril hcl.....	98
methimazole.....	136	MOLINDONE HCL.....	76
methocarbamol.....	163	mometasone furoate.....	113
METHOTREXATE SODIUM.....	141	mondoxyne nl.....	40
methotrexate sodium.....	141	mono-lynyah.....	130
methotrexate sodium (pf).....	141	montelukast sodium.....	158
METHOXSALLEN RAPID.....	114	morphine sulfate.....	31
methscopolamine bromide.....	119	morphine sulfate (concentrate).....	31
methsuximide.....	43	morphine sulfate er.....	30
METHYLDOPA.....	97	MOUNJARO.....	90
methylergonovine maleate.....	150	MOVANTIK.....	119
methylphenidate hcl.....	108,109	moxifloxacin hcl.....	40,155
methylphenidate hcl er.....	109	MOXIFLOXACIN HCL.....	40
methylprednisolone.....	123	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	155
methylprednisolone acetate.....	123	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	40
methylprednisolone sodium succ.....	123	MRESVIA.....	143
metoclopramide hcl.....	51	MULTAQ.....	98
metolazone.....	105	mupirocin.....	115
metoprolol succinate er.....	99	mycophenolate mofetil.....	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.....	53		
MICONAZOLE 3.....	53	N	
microgestin 1.5/30.....	130	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	119
microgestin 1/20.....	130	nabumetone.....	29
microgestin fe 1.5/30.....	130	nadolol.....	99
microgestin fe 1/20.....	130	nafcillin sodium.....	38
midodrine hcl.....	97	nafrinse.....	116

NAGLAZYME	121	nitazoxanide	73
naloxone hcl	33	nitisinone	121
naltrexone hcl	33	NITRO-BID	107
naproxen	29	nitrofurantoin macrocrystal	35
naproxen dr	29	nitrofurantoin monohyd macro	35
naproxen sodium	29	nitroglycerin	107
naratriptan hcl	54	NIVESTYM	96
NATACYN	155	NIZATIDINE	120
nateglinide	90	nora-be	134
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	134
neo-polycin	154	norethindrone acet-ethinyl est	130
neo-polycin hc	154	norethindrone acetate	134
neomycin sulfate	34	norethindrone-eth estradiol	130
neomycin-bacitracin zn-polymyx	154	norgestim-eth estrad triphasic	130
neomycin-polymyxin-dexameth	154	norgestimate-eth estradiol	131
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	154	norlyda	134
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	154	norlyroc	134
neomycin-polymyxin-hc	157	nortrel 0.5/35 (28)	131
NERLYNX	67	nortrel 1/35 (21)	131
nevirapine	82	nortrel 1/35 (28)	131
NEVIRAPINE	82	nortrel 7/7/7	131
NEVIRAPINE ER	82	nortriptyline hcl	50
nevirapine er	83	NORVIR	85
NEXPLANON	134	NovoFine 32G X 6 MM MISC	151
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	106	NOVOLIN R FLEXPEN	92
niacin er (antihyperlipidemic)	106	NOVOLIN R FLEXPEN RELION	93
NIACOR	106	NOVOLOG	93
nicardipine hcl	100	NOVOLOG FLEXPEN	93
NICOTROL	33	NOVOLOG FLEXPEN RELION	93
NICOTROL NS	33	NOVOLOG PENFILL	93
nifedipine er	100	NOVOLOG RELION	93
nifedipine er osmotic release	100	NovoTwist 32G X 5 MM MISC	151
nikki	130	NUBEQA	57
nilotinib hcl	67	NUPLAZID	78
nilutamide	56	NURTEC	54
nimodipine	100	NUTRILIPID	151
NINLARO	67	nyamyc	53

nylia 1/35	131
nylia 7/7/7	131
nymyo	131
nystatin	53
nystatin-triamcinolone	114
nystop	53

O

ocella	131
octreotide acetate	136
OCTREOTIDE ACETATE	136
ODEFSEY	83
ODOMZO	67
OFEV	161
ofloxacin	155,157
OGSIVEO	67
OJEMDA	67
OJJAARA	59
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	52
ONUREG	58
OPIPZA	78
OPSUMIT	161
OPVEE	151
oralone	111
ORGOVYX	136
orquidea	134
ORSERDU	57
orsythia	131
oseltamivir phosphate	86
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)	90
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	90
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	90

P

pacerone	98,99
paliperidone er	78,79
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)	87
pazopanib hcl	67
PAZOPANIB HCL	67
PEDIARIX	143
PEDVAX HIB	143
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	119
peg-3350/electrolytes	120
PEGASYS	139
PEMAZYRE	67
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	151
PEN NEEDLES	151
PENBRAYA	151
penicillamine	122
penicillin g potassium	38
PENICILLIN G SODIUM	38
penicillin v potassium	38
PENMENVY	143

PENTACEL.....	143	POMALYST.....	57
pentamidine isethionate.....	73	portia-28.....	131
pentoxifylline er.....	103	posaconazole.....	53
perampanel.....	42	potassium chloride.....	116
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	98	potassium chloride crys er.....	116
periogard.....	111	potassium chloride er.....	117
permethrin.....	115	potassium chloride in dextrose.....	117
perphenazine.....	51	potassium chloride in nacl.....	117
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	48	potassium citrate er.....	117
PERSERIS.....	79	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	117
pfizerpen.....	38	pramipexole dihydrochloride.....	74
PHENELZINE SULFATE.....	48	prasugrel hcl.....	96
phenobarbital.....	43	pravastatin sodium.....	105
phenytek.....	45	praziquantel.....	73
phenytoin.....	45	prazosin hcl.....	97
phenytoin infatabs.....	45	prednisolone.....	123
phenytoin sodium extended.....	45	prednisolone acetate.....	156
philith.....	131	prednisolone sodium phosphate.....	123
PIFELTRO.....	83	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	156
pilocarpine hcl.....	111,156	prednisone.....	123
PIMOZIDE.....	76	PREDNISONE.....	123
pimtrea.....	131	PREDNISONE INTENSOL.....	124
pindolol.....	99	pregabalin.....	110
pioglitazone hcl.....	90	PREMARIN.....	131
pioglitazone hcl-glimepiride.....	90	PREMASOL.....	117
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	90	PREMIUM LIDOCAINE.....	32
piperacillin sod-tazobactam so.....	38	prenatal vitamins.....	117
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	67	prevalite.....	106
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	67	previfem.....	131
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	67	PREVYMIS.....	81
pirfenidone.....	161	PREZCOBIX.....	85
PIRFENIDONE.....	161	PREZISTA.....	85
pirmella 1/35.....	131	PRIFTIN.....	55
pirmella 7/7/7.....	131	primaquine phosphate.....	73
piroxicam.....	29	primidone.....	43
PNV 27-CA/FE/FA.....	116	PRIORIX.....	143
podofilox.....	114	PRO COMFORT ALCOHOL.....	151
polycin.....	154	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	151
polymyxin b-trimethoprim.....	155	probenecid.....	54
pomalidomide.....	57	prochlorperazine.....	51

prochlorperazine maleate	51	ramelteon	163
procto-med hc	113	ramipril	98
proctosol hc	113	ranolazine er	103
proctozone-hc	113	rasagiline mesylate	75
progesterone	134	reclipsen	131
PROGRAF	141	RECOMBIVAX HB	143
promethazine hcl	51,158	relafen	29
propafenone hcl	99	RELENZA DISKHALER	86
propranolol hcl	99	repaglinide	90
PROPRANOLOL HCL	100	REPATHA	106
propranolol hcl er	100	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	106
propylthiouracil	137	REPATHA SURECLICK	106
PROQUAD	143	RESTASIS	154
protriptyline hcl	50	RETACRIT	96
PULMOZYME	160	RETEVMO	68
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	151	REVCOVI	121
pyrazinamide	55	REVUFORJ	68
pyridostigmine bromide	55	REXULTI	79
pyridostigmine bromide er	55	REYATAZ	85
pyrimethamine	73	REZDIFFRA	135
		REZLIDHIA	68
		RHOPRESSA	156
Q		RIBAVIRIN	81
qc alcohol	114	ribavirin	81
QINLOCK	59	RIDAURA	138
QUADRACEL	143	rifabutin	55
quetiapine fumarate	79	rifampin	55
quetiapine fumarate er	79	rilpivirine hcl	83
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	151	riluzole	109
quinapril hcl	98	RIMANTADINE HCL	86
quinapril-hydrochlorothiazide	103	ringers	117
QUINIDINE SULFATE	99	ringers irrigation	151
quinine sulfate	74	RINVOQ	138
QVAR REDIHALER	158	RINVOQ LQ	138
		risedronate sodium	146
R		risperidone	79
ra isopropyl alcohol wipes	114	risperidone microspheres er	79
RABAVERT	143	ritonavir	85
rabeprazole sodium	120	rivaroxaban	94
RALDESY	49	rivastigmine	46
raloxifene hcl	134		

rivastigmine tartrate	46	SILIGENTLE FOAM DRESSING	151
rizatriptan benzoate	54	silodosin	122
ROCKLATAN	154	silver sulfadiazine	114
roflumilast	160	SIMBRINZA	156
ROMVIMZA	68	SIMLANDI (1 PEN)	141
ropinirole hcl	74	SIMLANDI (1 SYRINGE)	141
ropinirole hcl er	74,75	SIMLANDI (2 PEN)	141
rosadan	35	SIMLANDI (2 SYRINGE)	141
rosuvastatin calcium	105	simliya	131
ROTARIX	144	simpesse	131
ROTATEQ	144	simvastatin	105
roweepira	42	sirolimus	142
ROZLYTREK	68	SIRTURO	56
RUBRACA	68	SKYRIZI	138
rufinamide	45	SKYRIZI (150 MG DOSE)	138
RUKOBIA	84	SKYRIZI PEN	138
RYBELSUS	90	SMOFLIPID	151
RYDAPT	68	sodium chloride	117
S		sodium chloride (pf)	117
sacubitril-valsartan	103	sodium fluoride	117
sajazir	137	sodium oxybate	164
SANDIMMUNE	141	sodium phenylbutyrate	121
SANTYL	114	sodium polystyrene sulfonate	118
sapropterin dihydrochloride	121	solifenacin succinate	122
SCEMBLIX	68,69	SOLTAMOX	58
scopolamine	51	SOMAVERT	136
SECUADO	79	sorafenib tosylate	69
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	151	sorine	99
selegiline hcl	75	sotalol hcl	99
selenium sulfide	113	sotalol hcl (af)	99
SELZENTRY	84	SPIRIVA RESPIMAT	159
SEREVENT DISKUS	160	spironolactone	104
sertraline hcl	49	spironolactone-hctz	104
setlakin	131	sprintec 28	131
sevelamer carbonate	118	SPRITAM	42
sharobel	134	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	118
SHINGRIX	144	sronyx	131
SIGNIFOR	136	ssd	114
sildenafil citrate	161	STAVUDINE	83
		STELARA	139

sterile water for irrigation.....	152	TALZENNA.....	69
STIOLTO RESPIMAT.....	162	tamoxifen citrate.....	58
STIVARGA.....	69	tamsulosin hcl.....	122
STREPTOMYCIN SULFATE.....	34	tarina fe 1/20.....	132
STRIBILD.....	82	tarina fe 1/20 eq.....	132
subvenite.....	42	tasimelteon.....	163
SUBVENITE.....	42	tazarotene.....	111
sucrafate.....	120	TAZICEF.....	37
SULFACETAMIDE SODIUM.....	155	taztia xt.....	101
sulfacetamide sodium.....	155	TAZVERIK.....	69
sulfacetamide sodium (acne).....	111	TDVAX.....	144
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	154	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	152
sulfadiazine.....	40	TEFLARO.....	37
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	40	telmisartan.....	97
sulfasalazine.....	145	telmisartan-amlodipine.....	104
sulfatrim pediatric.....	40	telmisartan-hctz.....	104
sulindac.....	29	temazepam.....	163
sumatriptan.....	54	TENIVAC.....	144
sumatriptan succinate.....	54,55	tenofovir disoproxil fumarate.....	83
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	55	TEPMETKO.....	70
sunitinib malate.....	69	terazosin hcl.....	97
SUNLENCA.....	84	terbinafine hcl.....	53
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	152	terconazole.....	53
syeda.....	131	teriflunomide.....	110
SYMPAZAN.....	43	teriparatide.....	146
SYMTUZA.....	85	testosterone.....	124,125
SYNAREL.....	136	testosterone cypionate.....	125
SYNJARDY.....	90	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	125
SYNJARDY XR.....	90	tetrabenazine.....	109
SYNRIBO.....	69	tetracycline hcl.....	41
SYNTHROID.....	135	THALOMID.....	57
T		theophylline er.....	161
TABLOID.....	58	thioridazine hcl.....	76
TABRECTA.....	69	thiothixene.....	76
tacrolimus.....	113,142	tiadylt er.....	101
tadalafil.....	122	tiagabine hcl.....	44
tadalafil (pah).....	122,161	TIBSOVO.....	70
TAFINLAR.....	69	ticagrelor.....	96
TAGRISO.....	69	TICOVAC.....	144
		tigecycline.....	35

timolol maleate.....	100,156	tri-previfem.....	132
tinidazole.....	35	tri-sprintec.....	132
tiotropium bromide.....	159	tri-vylibra.....	132
tis-u-sol.....	152	triamcinolone acetonide.....	111,113
TIVICAY.....	82	triamterene-hctz.....	104
TIVICAY PD.....	82	triazolam.....	163
tizanidine hcl.....	80	triderm.....	113
tobramycin.....	155,160	trientine hcl.....	118
tobramycin sulfate.....	34	TRIENTINE HCL.....	118
tobramycin-dexamethasone.....	154	trifluoperazine hcl.....	76
TOLAK.....	115	TRIFLURIDINE.....	155
tolterodine tartrate.....	122	trihexyphenidyl hcl.....	74
tolterodine tartrate er.....	122	TRIKAFTA.....	160
tolvaptan.....	117	trimethoprim.....	35
topiramate.....	42	trimipramine maleate.....	50
toremifene citrate.....	58	TRINTELLIX.....	49
toremide.....	104	TRIUMEQ.....	83
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	93	TRIUMEQ PD.....	83
TOUJEO SOLOSTAR.....	93	trivora (28).....	132
TPN ELECTROLYTES.....	117	TRIZIVIR.....	83
TRADJENTA.....	90	trospium chloride.....	122
tramadol hcl.....	31	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	152
tramadol hcl er.....	30	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	152
tramadol-acetaminophen.....	32	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	152
trandolapril.....	98	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	152
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	104	TRULICITY.....	90
tranexamic acid.....	96	TRUMENBA.....	144
tranylcypramine sulfate.....	48	TRUQAP.....	70
travoprost (bak free).....	157	TUKYSA.....	70
trazodone hcl.....	49	tulana.....	134
TRECATOR.....	56	TURALIO.....	70
TRELEGY ELLIPTA.....	162	turqoz.....	132
TRESIBA.....	93	TWINRIX.....	144
TRESIBA FLEXTOUCH.....	93	TYBOST.....	84
tretinoin.....	72,111	TYENNE.....	139
tri femynor.....	132	TYMLOS.....	146
tri-estarylla.....	132	TYPHIM VI.....	144
tri-linyah.....	132		
tri-mili.....	132	U	
tri-nymyo.....	132	UDENYCA.....	96

ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE ...	152
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	152
UNIFINE PENTIPS	152
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	152
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE ..	152
unithroid	135
UPTRAVI	161
ursodiol	120
USTEKINUMAB	139
USTEKINUMAB-AEKN	139

V

valacyclovir hcl	86
VALCHLOR	115
valganciclovir hcl	81
valproate sodium	42
valproic acid	42
valsartan	97
valsartan-hydrochlorothiazide	104
VALTOCO 10 MG DOSE	44
VALTOCO 15 MG DOSE	44
VALTOCO 20 MG DOSE	44
VALTOCO 5 MG DOSE	44
valtya 1/35	132
valtya 1/50	132
vanadom	163
vancomycin hcl	35
VANFLYTA	70
VAQTA	144
varenicline tartrate	33
varenicline tartrate (starter)	33
varenicline tartrate(continue)	33
VARIVAX	144
VAXCHORA	144
VELIVET	132
VENCLEXTA	70
VENCLEXTA STARTING PACK	70
venlafaxine hcl	49
venlafaxine hcl er	50
VEOZAH	109

verapamil hcl	101
VERAPAMIL HCL ER	101
verapamil hcl er	101
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	152
VERIFINE INSULIN SYRINGE	153
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	153
VERQUVO	104
VERSACLOZ	80
VERZENIO	70
vestura	132
vienva	132
vigabatrin	44
vigadrone	44
VIGAFYDE	44
vigpoder	44
vilazodone hcl	50
VIMKUNYA	144
violele	132
VIRACEPT	85,86
VIREAD	84
VITRAKVI	70,71
VIVOTIF	144
VIZIMPRO	71
volnea	132
VONJO	72
VORANIGO	71
voriconazole	53
VOSEVI	81
VOWST	153
VRAYLAR	79
vyfemla	132
vylibra	132
VYZULTA	157

W

warfarin sodium	95
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	153
WELIREG	59
wera	133
WINREVAIR	161

wixela inhub.....	163
wymzya fe.....	133
WYOST.....	146

X

XALKORI.....	71
XARELTO.....	95
XARELTO STARTER PACK.....	95
XATMEP.....	142
XCOPRI.....	43,45,46
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	45
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	45
XDEMVY.....	154
XELJANZ.....	139
XELJANZ XR.....	139
xelria fe.....	133
XERMELO.....	119
XIFAXAN.....	35,36
XIGDUO XR.....	91
XIIDRA.....	154
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	86
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	86
XOLAIR.....	139
XOSPATA.....	71
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	71
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	71
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	71
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	71
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	72
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	72
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	72
XTANDI.....	57
xulane.....	133

Y

YESINTEK.....	139
YF-VAX.....	144
yuvafem.....	133

Z

zafemy.....	133
zafirlukast.....	159
zaleplon.....	163
ZARXIO.....	96
ZEJULA.....	72
ZELBORAF.....	72
zenatane.....	112
ZENPEP.....	121
zidovudine.....	84
ziprasidone hcl.....	79
ziprasidone mesylate.....	80
ZIRGAN.....	155
zoledronic acid.....	146
ZOLINZA.....	59
zolpidem tartrate.....	164
ZONISADE.....	46
zonisamide.....	46
zovia 1/35 (28).....	133
zovia 1/35e (28).....	133
ZTALMY.....	44
zumandimine.....	133
ZURZUVAE.....	48
ZYDELIG.....	72
ZYKADIA.....	72
ZYLET.....	154
ZYPREXA RELPREVV.....	80

**ក ផ្នែក គ្រោះ អ ក ច្រើន ចម្រុះ យស្រី ចម្រុះ របស់ ឱសថៈ ៖
 បង្ក បំបាត់ រុក្ខាប្រាស លីខ រ បំបាត់ កំលាំង ខ្ពស់ ក ច្រើន ចម្រុះ គ្រោះ
 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.....	51
ANTIFUNGALS.....	52
ANTIGOUT AGENTS.....	53
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	54
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	55
ANTIMYCOBACTERIALS.....	55
ANTINEOPLASTICS.....	56
ANTIPARASITICS.....	73
ANTIPARKINSON AGENTS.....	74
ANTIPSYCHOTICS.....	75
ANTISPASTICITY AGENTS.....	80
ANTIVIRALS.....	81
ANXIOLYTICS.....	87
BIPOLAR AGENTS.....	88
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	88
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	93
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	96
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	107
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	110
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	111
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	115
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	118
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	121
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	137
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS	145
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS	145
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	146
OPHTHALMIC AGENTS	153
OTIC AGENTS	157
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	157
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS	163
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 ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਨਿਸ਼ਚੈ ਹੈ।

ਦੂਰ ਸੰਚਾਰ ਨੰਬਰ **1-800-452-4413 (TTY:711)**।

ਸੇਵਾ ਮੁਢਲੇ ਤੌਰ 'ਤੇ: ਖੋਲ੍ਹਣ ਲਈ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।

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 TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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

សេចក្តីជូនដំណឹងការមិនរើសអើង

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

Blue Shield of California ផ្តល់៖

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

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

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

របៀបប្តឹងសារទុក្ខ

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

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

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

- » 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>។

ជាអន្តរាគមន៍និក៖ ទស្សនាគេហទំព័រ នៃការិយាល័យសំរាប់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល នៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>។

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 03/24/2026 ។

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។



03/24/2026