

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) គម្រោង Medicare Medi-Cal

បញ្ជីឱសថដែលមានរ៉ាប់រង ឆ្នាំ 2025 (បញ្ជីឱសថ ឬបញ្ជីឈ្មោះឱសថ)

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងរ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់បញ្ជីឈ្មោះឱសថ 25355 កំណែ 10

បញ្ជីឈ្មោះឱសថនេះបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 10/01/2024 ។

សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗបន្ថែមទៀត ឬសំណួរផ្សេងៗ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025។

H2819_24_422A-KH_C Approved 08202024
A55568-KH- 11/24

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះមានឈ្មោះថា *បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង* (គេស្គាល់ផងដែរថាជា *បញ្ជីឱសថ*)។ បញ្ជីនេះប្រាប់អ្នកថា តើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ *បញ្ជីឱសថ* នេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរថា តើមានច្បាប់ ឬការរឹតត្បិតជាពិសេសណាមួយទៅលើឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែរឬទេ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះ មាននៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

តារាងមាតិកា

- A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ..... iv
- B. សំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់ (FAQ)..... xi
 - B1. តើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាប្រភេទណាខ្លះដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* មួយនេះ? (យើងខ្ញុំហៅ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ថា "*បញ្ជីឱសថ*" ជាពាក្យកាត់។)..... xi
 - B2. តើ *បញ្ជីឱសថ* នេះមានការកែប្រែដែរឬទេ? xii
 - B3. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលដែលមានការកែប្រែ *បញ្ជីឱសថ* នេះ? xii
 - B4. តើមានលក្ខខ័ណ្ឌ ឬកម្រិតអ្វីខ្លះ ទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថ ឬមានវិធានការអ្វីបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថខ្លះ ឬទេ?..... xiv
 - B5. តើខ្ញុំនឹងដឹងយ៉ាងដូចម្តេច បើសិនឱសថដែលខ្ញុំចង់បាន មានកម្រិត ឬបើសិនមានវិធានការ ដែលបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថ?..... xv
 - B6. តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់គម្រោងអំពីរបៀបដែលខាងគម្រោងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន ការកំណត់បរិមាណ និង/ឬការរឹតត្បិតលើការព្យាបាលជាជំហាន)? xv
 - B7. តើខ្ញុំអាចរកឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* បានដោយរបៀបណាដែរ? xvi
 - B8. ចុះបើឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមានក្នុង *បញ្ជីឱសថ* វិញនោះ?..... xvi
 - B9. ចុះបើខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ហើយមិនអាចរកឃើញឱសថរបស់ខ្ញុំនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំវិញនោះ?..... xvi
 - B10. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង ដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំ ឬទេ? xviii

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



B11. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង របៀបណា?xviii

B12. តើវាយុវប្បណ ដើម្បីទទួលបានការលើកលែង?xviii

B13. តើឱសថម៉ាកធម្មតា ជាអ្វី? xix

B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម គឺជាអ្វី
ហើយតើវាទាក់ទងទៅផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាយ៉ាងដូចម្តេច?xix

B15. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan
រ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរឬទេ? xix

B16. តើខ្ញុំអាចសុំវេជ្ជបញ្ជាដែលបានប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ?xx

B17. តើថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក ប៉ុន្មាន? xx

C. សេចក្តីសង្ខេបអំពី បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង..... xxi

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមលក្ខណៈរោគា..... xxii

D. លិបិក្រមនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង 131

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

នេះគឺជាបញ្ជីឱសថដែលសមាជិកអាចទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

- ❖ អ្នកអាចពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ចុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានជានិច្ច តាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ឬដោយការហៅទៅលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- ❖ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពម្ពធំៗ អក្សរស្លាប ឬសំឡេង។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

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 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) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



հեռախոսահամարով: 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。

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

हिन्दी 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।

Nge 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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃບຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គេម្រាង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh 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 hluc mbiutc aengx caux aamz
mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc.
Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naav
deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh
tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ:

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ
និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល
សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។
សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់គេម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ
(800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទ
គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



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

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). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos

Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់គេម្រាង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไล่นภาษาไทย (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

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់គេហទំព័រ Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

❖ ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ចិនសម័យ ចិនបុរាណ ហ្វាស៊ី ខ្មែរ កូរ៉េ រុស្ស៊ី តាកាឡុក និងវៀតណាម។

❖ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគតជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬនៅក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក សំឡេង ជាដើម)។ អ្នកអាចទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413 (TTY:711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំនេះ។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងរក្សាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារ រហូតដល់ពេលដែលអ្នកចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



B. សំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់ (FAQ)

ស្វែងរកចម្លើយនៅទីនេះសម្រាប់សំណួរដែលអ្នកមានអំពី បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងមួយនេះ។ អ្នកអាចអានសំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់ទាំងអស់ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ឬរកមើលសំណួរ និងចម្លើយ។

B1. តើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាប្រភេទណាខ្លះដែលមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងមួយនេះ? (យើងខ្ញុំហៅ បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងថា “បញ្ជីឱសថ” ជាពាក្យកាត់។)

ឱសថនៅក្នុង បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុងផ្នែក C គឺជាឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឱសថ គឺមាននៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឱសថស្ថាន គឺនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង បើសិនយើងមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយគេដើម្បីធ្វើការជាមួយយើង និងផ្តល់សេវាឱ្យអ្នក។ យើងខ្ញុំហៅឱសថស្ថានទាំងនេះថា “ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ”។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកប័ណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបានផលរបស់ Medi-Cal (BIC) នៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

Blue Shield TotalDual Plan នឹងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់នៅក្នុង បញ្ជីឱសថប្រសិនបើ៖

- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតប្រាប់ថា អ្នកត្រូវការឱសថទាំងនោះដើម្បីធានាជាសះស្បើយ ឬបន្តមានសុខភាពល្អ
- គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan យល់ព្រមថា ឱសថនេះមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក និង
- អ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកត្រូវតែធ្វើអ្វីមួយមុនពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចស្វែងរកបញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុត ដែលយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រង នៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ blueshieldca.com/medformulary2025 ឬហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅជើងទំព័រឯកសារនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



B2. តើបញ្ជីឱសថនេះមានការកែប្រែដែរឬទេ?

ធ្លាប់មាន ហើយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវតែធ្វើតាមវិធានរបស់ Medicare និង Medicaid នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ យើងអាចនឹងបន្ថែម ឬដកចេញនូវឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំនេះបាន។

យើងក៏អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជារបស់យើងអំពីឱសថដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចថា តម្រូវឱ្យមាន ឬមិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថមួយ។ (ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺជាការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលអ្នកទទួលបានឱសថមួយ)។
- ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរ ចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចទទួល (ហៅថា កម្រិតបរិមាណ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរលក្ខខណ្ឌ ជំហានវិ(step therapy)ទៅលើឱ (ជំហានវិធីព្យាបាល មានន័យថាអ្នកត្រូវតែសាកឱសថមួយ មុននឹងយើងរាប់រងឱសថមួយទៀត)។

សំរាប់ព័ត៌មានថែមទៀត អំពីវិន័យឱសថទាំងនេះ មើលសំណួរ B4។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅដើម ឆ្នាំ ជាទូទៅ យើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ ក្នុងអំឡុងពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះទេលុះត្រាតែ៖

- ឱសថថ្មីដែលមានតម្លៃទាបជាងមុន មាននៅក្នុងទីផ្សារ ហើយមានប្រសិទ្ធភាពដូចជាឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នផងដែរ ឬ
- យើងដឹងថា ឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាព ឬក៏
- ឱសថត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

សំណួរ B3 និង B6 ខាងក្រោម មានព័ត៌មានច្រើនថែមទៀតអំពីអ្វីដែលកើតមានឡើង នៅពេលមានការកែប្រែបញ្ជីឱសថ។

- អ្នកអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានជានិច្ចតាមអនឡាញនៅ blueshieldca.com/medformulary2025។ ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើបញ្ជីឱសថមានបង្ហាញនៅលើគេហទំព័រជារៀងរាល់ខែ។
- អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅក្នុងជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ។ ដើម្បីពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះផងដែរ។

B3. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលដែលមានការកែប្រែបញ្ជីឱសថនេះ?

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ បញ្ជីឱសថ នេះនឹងកើតឡើង ភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



- **ការជំនួសកំណែថ្មីជាក់លាក់របស់ឱសថ។** យើងអាចនឹងដកឱសថចេញពី *បញ្ជីឱសថ* ក្លាម។ ប្រសិនបើយើងជំនួសឱសថទាំងនោះដោយកំណែថ្មីជាក់លាក់ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនឹងនៅ \$0 ដដែល ។ នៅពេលយើងបន្ថែមកំណែថ្មី យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុងបញ្ជីផងដែរ ប៉ុន្តែនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនកំណត់របស់វា។
 - យើងអាចនឹងមិនប្រាប់អ្នក មុននឹងយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានឲ្យអ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ ដែលយើងបានធ្វើ កាលណាវាកើតឡើង។
 - យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ លុះត្រាតែឱសថដែលយើងកំពុងបន្ថែម៖
 - គឺជាកំណែថ្មីទូទៅនៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬ
 - គឺជាកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាថ្មីជាក់លាក់នៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* នេះ (ឧទាហរណ៍ ការបន្ថែមផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ដែលអាចជំនួសបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី)។
 - ប្រភេទឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមប្រភេទឱសថទាំងនេះអាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល ផ្នែក B14។
 - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចសូមការលើកលែង ចេញពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងឲ្យអ្នក ដោយមានជំហាន ដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីសូមការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែង។
- **ឱសថមួយត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។** ប្រសិនបើ រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) និយាយថាឱសថដែលអ្នកប្រើមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមិនមានប្រសិទ្ធភាព ឬក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថបានដកឱសថចេញពីទីផ្សារ នោះយើងនឹងដកវាចេញពី *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនោះ យើងនឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នក បន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររួច។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ ហើយអាចធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។
 យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះទៅលើ *បញ្ជីឱសថ* នេះ។ ការផ្លាស់ប្តូរនេះអាចកើតឡើង ប្រសិនបើ៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ពិនិត្យព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។
- យើងដកឱសថមានម៉ាកចេញពី *បញ្ជីឱសថ* នៅពេលធ្វើការបន្ថែមឱសថទូទៅដែលមិនមែនជាឱសថថ្មីក្នុងទីផ្សារ ឬ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គេម្រាង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



- យើងដកផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមចេញ នៅពេលធ្វើការបន្ថែមផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ឬ
- យើងផ្លាស់ប្តូរវិធានច្បាប់ ឬកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងចំពោះប្រភេទឱសថដែលមានម៉ាក។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ បញ្ជីឱសថ ឬ
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹង ហើយនឹងផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថនេះរយៈពេល 30 ថ្ងៃដល់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបើកឱសថជាថ្មី។

យ៉ាងនេះវាឱ្យពេលដល់អ្នក ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង បញ្ជីឱសថ អ្នកអាចប្រើឱសថនោះជំនួសបាន ឬ
- ថាតើត្រូវស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដែរឬយ៉ាងណា។ ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀតអំពីករណីលើកលែង សូមមើលទៅសំណួរ B10-B12។

B4. តើមានលក្ខខណ្ឌ ឬកម្រិតអ្វីខ្លះ ទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថ ឬមានវិធានការអ្វីបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថខ្លះ ឬទេ?

មាន ត្បិតឱសថខ្លះមានវិន័យការរ៉ាប់រង ឬមានកម្រិតទៅលើចំនួន ដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ នៅក្នុងករណីខ្លះ រូបអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែធ្វើអ្វីខ្លះ មុននឹងអ្នកអាចទទួលបានឱសថបាន។ ឧទាហរណ៍៖

- **ការអនុញ្ញាតជាមុន៖** សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលអ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺមានភាពខុសគ្នាពីការបញ្ជូនបន្ត។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុននោះ។
- **ការកំណត់បរិមាណ៖** ពេលខ្លះគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដាក់កំណត់ចំពោះចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលយកបាន។
- **ការព្យាបាលជាជំហាន៖** ជូនកាលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការព្យាបាលជាជំហាន។ នេះមានសេចក្តីថា អ្នកនឹងត្រូវសាកឱសថ តាមលំដាប់លំដោយខ្លះ សំរាប់លក្ខណៈរោគរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងត្រូវតែសាកឱសថមួយ មុននឹងយើងរ៉ាប់រងឱសថមួយទៀត។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកគិតថា ឱសថទីមួយមិនមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក ពេលនោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទីពីរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



អ្នកអាចស្វែងយល់ថាតើឱសថរបស់អ្នកមានតម្រូវការ ឬមានចំនួនកំណត់បន្ថែមដែរឬទេដោយការចូលមើលទៅតារាងនៅក្នុងផ្នែក C។ អ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមដោយចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ blueshieldca.com/medformulary2025។ យើងបានបង្ហាញឯកសារតាមប្រព័ន្ធអនឡាញ ដែលពន្យល់ពីការអនុញ្ញាតជាមុន និងការរឹតត្បិតការព្យាបាលជាជំហានរបស់យើង ។ អ្នកក៏សូមយើង ឲ្យធ្វើសំណៅនោះទៅឲ្យអ្នកបានដែរ។

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងចេញពីការដាក់កំហិតទាំងនេះបាន។ អ្នកនឹងមានពេលនិយាយជាមួយគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកដែលអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យអ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលអ្នកអាចប្រើវាជំនួស ឬថាតើត្រូវស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងដែរឬទេ។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែង។

B5. តើខ្ញុំនឹងដឹងយ៉ាងដូចម្តេច បើសិនឱសថដែលខ្ញុំចង់បាន មានកម្រិត ឬបើសិនមានវិធានការ ដែលបានតម្រូវឲ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថ?

តារាងនៅក្នុងបញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មានជួរឈរដែលមានស្លាកឈ្មោះថា “វិធានការចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់។”

B6. តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់គម្រោងអំពីរបៀបដែលខាងគម្រោងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន ការកំណត់បរិមាណ និង/ឬការរឹតត្បិតលើការព្យាបាលជាជំហាន)?

ក្នុងករណីខ្លះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើយើងបន្ថែមឬផ្លាស់ប្តូរច្បាប់នៃការអនុញ្ញាតជាមុន ការកំណត់បរិមាណ និង/ឬការរឹតត្បិតលើការព្យាបាលជាជំហានដោយប្រើឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B3 ដើម្បីដឹងព័ត៌មានច្រើនទៀតអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងជាមុននេះ និងស្ថានភាពដែលយើងមិនអាចមានលទ្ធភាពប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងជាមុនបាន នៅពេលដែលច្បាប់របស់យើងចំពោះការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថមានការផ្លាស់ប្តូរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



B7. តើខ្ញុំអាចរកឱសថនៅក្នុង បញ្ជីឱសថបានដោយរបៀបណាដែរ?

មានរបៀបពីរយ៉ាង ដើម្បីរកឱសថ៖

- អ្នកអាចស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម ឬ
- អ្នកអាចស្វែងរកបានតាមស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដើម្បីស្វែងរក **តាមអក្ខរក្រម** សូមរកមើលឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថ ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ អ្នកអាចស្វែងរកវា ក្នុងលិបិក្រមដែលចាប់ផ្តើមនៅលើទំព័រ 131 ។ លិបិក្រមនេះផ្តល់នូវបញ្ជីតាមអក្ខរក្រមនៃឱសថទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងឯកសារនេះ។ ទាំងឱសថម៉ាកល្បី និងឱសថម៉ាកធម្មតា គឺបានចុះរាយក្នុងលិបិក្រម។ មើលលិបិក្រម និងរកឱសថរបស់អ្នក។ នៅក្បែរឱសថរបស់អ្នក អ្នកនឹងឃើញលេខទំព័រ ជាកន្លែងដែលអ្នកអាចរកព័ត៌មានការរ៉ាប់រង។ បើកទៅទំព័រដែលបានរាយក្នុងលិបិក្រម ហើយស្វែងរកឈ្មោះឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងជួរឈរដំបូងនៃបញ្ជីមួយនេះ។

ដើម្បីស្វែងរក **តាមស្ថានភាពស្ថានភាព** សូមរកមើលផ្នែកដែលមានស្លាកឈ្មោះថា “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” នៅលើទំព័រ 1 ។ ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះ ត្រូវបានដាក់ជាក្រុមៗ ចូលទៅជាជំពូកៗ អាស្រ័យទៅលើប្រភេទ នៃលក្ខណៈរោគា ដែលគេបានប្រើដើម្បីព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែរកមើលក្នុងប្រភេទ អង្គធាតុសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះហើយគឺជាកន្លែង ដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថ ដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

B8. ចុះបើឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមានក្នុង បញ្ជីឱសថវិញនោះ?

ប្រសិនបើអ្នករកមិនឃើញឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ ទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅក្នុងបាតកថានៃឯកសារហើយសាកសួរអំពីឱសថ នោះ។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងថា គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនរ៉ាប់រងលើឱសថនោះទេ អ្នកអាចធ្វើកិច្ចការមួយក្នុងចំណោមកិច្ចការដូចតទៅ៖

- ស្នើទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់បញ្ជីឱសថ ដូចឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ ជាបន្ទាប់មក បង្ហាញបញ្ជីនោះ ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ ឬ
- អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែងចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

B9. ចុះបើខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ហើយមិនអាចរកឃើញឱសថរបស់ខ្ញុំនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំវិញនោះ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



យើងខ្ញុំអាចជួយបាន។ យើងអាចរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នករយៈពេល 30 ថ្ងៃជាបណ្តោះអាសន្នសិន ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ យ៉ាងនេះវាឲ្យពេលដល់អ្នក ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលអ្នកអាចប្រើវាជំនួស ឬថាតើត្រូវស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងដែរឬយ៉ាងណានោះ។

ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានជាសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរតិចជាងរយៈពេលពីរដំបូងនោះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱសថជាអតិបរមាដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ។

យើងនឹងធានារ៉ាប់រងទៅលើ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ ទៅលើឱសថរបស់អ្នកប្រសិនបើ៖

- អ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬ
- ច្បាប់គម្រោងរបស់យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានចំនួនឱសថដែលចេញក្នុងវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នក ចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ឬ
- ឱសថនេះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬ
- អ្នកកំពុងតែប្រើឱសថដែលជាផ្នែក នៃលក្ខខណ្ឌជំហានវិធីព្យាបាល។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មិនចាត់ទុកថាជាឱសថផ្នែក D ហើយឱសថនោះមិនស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ហើយអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថនោះ វាអាចនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Medi-Cal Rx។ ប្រសិនបើឱសថមិនរាប់បញ្ចូលផ្នែក D តម្រូវឱ្យមានការលើកលែង ហើយអ្នកស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ន នោះ Medi-Cal Rx នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថយ៉ាងតិចណាស់ 72 ម៉ោង។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273 ។ សូមយក BIC ពី Medi-Cal របស់អ្នក នៅពេលមកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងផ្សេងទៀត ហើយត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ឬប្រសិនបើអ្នកពិបាកក្នុងការទទួលបានឱសថ ដែលអ្នកត្រូវការនោះ យើងអាចជួយបាន។ ប្រសិនបើអ្នកបានស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងអស់រយៈពេលជាង 90 ថ្ងៃមកហើយ ហើយកំពុងសម្រាកនៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ហើយនឹងត្រូវការផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ៖

- យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 31 ថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវការ (លុះត្រាតែអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ពីរដំបូង) ថាតើអ្នកជាសមាជិកគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ថ្មីឬអត់។
- នេះគឺជាការបន្ថែមទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



គោលការណ៍ផ្លាស់ប្តូរ

នៅក្នុងកាលៈទេសៈខ្លះ ដែលអ្នកទទួលបាន ផ្លាស់ប្តូរពីកន្លែងការព្យាបាលមួយទៅមួយទៀត នោះគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងធ្វើឱ្យប្រាក់ដំបូងដំណើរការសម្រាប់ការយល់ព្រមឱសថផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថឱ្យបានឆាប់រហ័ស។ ដំណើរការនេះក៏ត្រូវអនុវត្តចំពោះឱសថផ្នែក D មានក្នុងបញ្ជីឱសថដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬការព្យាបាលជាជំហាន។ ឧទាហរណ៍ការផ្លាស់ប្តូរ នូវកម្រិតនៃការថែទាំ គឺអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដែលឱ្យបានចេញពីមន្ទីរពេទ្យទៅផ្ទះ; អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដែលបញ្ចប់ការនៅឯមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ Medicare Part A របស់គេ និងដែលត្រូវការ ត្រឡប់ទៅគំរោងរូបមន្ត ផ្នែក D របស់គេវិញ; អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដែលបញ្ចប់ការនៅឯមន្ទីរថែទាំយូរអង្វែង និងត្រឡប់ទៅសហគមន៍វិញ; និង អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដែលបានឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត ដោយមានរបបថ្នាំពេទ្យ ដែលបានរៀបចំខ្ពង់ខ្ពស់សំរាប់បុគ្គល។

B10. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង ដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំ ឬទេ?

បាទ/ចាស។ អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថបាន។

អ្នកក៏អាចសូមយើង ឱ្យផ្លាស់ប្តូរវិន័យទៅលើឱសថរបស់អ្នកដែរ។

- ឧទាហរណ៍ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចកំណត់បរិមាណឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង។ បើសិនឱសថរបស់អ្នកមានកម្រិត អ្នកអាចសូមយើងឱ្យផ្លាស់ប្តូរកម្រិត និងរ៉ាប់រងថែមទៀត។
- ឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំទម្លាក់ចោលការដាក់កំហិតលើការព្យាបាលជាជំហាន ឬតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

B11. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង របៀបណា?

ដើម្បីស្នើសុំនូវការលើកលែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងធ្វើការជាមួយអ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកស្នើសុំការលើកលែង។ អ្នកក៏អាចអានជំពូកទី 9 ផ្នែក G2 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការលើកលែងផងដែរ។

B12. តើវាយូរប៉ុណ្ណា ដើម្បីទទួលបានការលើកលែង?

បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានរបាយការណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដែលជួយដល់ការស្នើសុំការលើកលែងរបស់អ្នក នោះយើងនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងដល់អ្នក។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យអ្នក អាចធ្វើសេចក្តីថ្លែងនេះ ជាអេឡិចត្រូនិក (តាមបណ្តាញ ឬទូរសារ) ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកឱសថស្ថានរបស់គម្រោង Blue Shield ហើយផ្តល់ឱ្យយើងនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយបន្ទាប់មកធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើង ប្រសិនបើចាំបាច់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



បើសិនអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យអ្នក គិតថាសុខភាពរបស់អ្នក អាចនឹងគ្រោះថ្នាក់ បើសិនអ្នកត្រូវរង់ចាំ 72 ម៉ោង សំរាប់ការសម្រេច នោះអ្នកអាចសូមការលើកលែង ដោយពន្លឿន។ ការសម្រេចនេះគឺជាសំរាប់ហ្វីលីដា។ បើសិនអ្នក ចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យអ្នក គាំទ្រសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្តល់ការសម្រេចឲ្យអ្នក ក្នុងពេល 24 ម៉ោង នៃការទទួលសេចក្តី ថ្លែងគាំទ្រ របស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យអ្នក។

B13. តើឱសថម៉ាកធម្មតា ជាអ្វី?

ឱសថម៉ាកធម្មតាបង្កើតឡើងជាមួយនឹងគ្រឿងផ្សំសំខាន់ៗដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកល្បីដែរ។ ជាទូទៅ ឱសថទាំងនោះមានតម្លៃទាបជាងឱសថមានម៉ាក ហើយជាធម្មតាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាដែរ។ ជាទូទៅ ឱសថទាំងនោះមិនមានឈ្មោះល្បីទេ។ ឱសថម៉ាកធម្មតា ត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយ នាយកដ្ឋានភោជនភណ្ឌ និងឱសថូបករណ៍ (FDA)។ មានឱសថទូទៅដែលអាចរកបានសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកជាច្រើនផងដែរ។ ជាធម្មតា ឱសថទូទៅអាចជំនួសឱ្យឱសថមានម៉ាកនៅតាមឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងទាំងឱសថដែលមានម៉ាក និងឱសថទូទៅ។

B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម គឺជាអ្វី ហើយតើវាទាក់ទងទៅផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាយ៉ាងដូចម្តេច?

នៅពេលដែលយើងប្រើពាក្យថា ឱសថ អាចមានន័យថា ជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ គឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ ដោយសារផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា ជំនួសឱ្យការមានប្រភេទឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានប្រភេទ ដែលគេហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមហើយអាចមានតម្លៃ ថោកជាងផងដែរ។ មានជម្រើសផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួន គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ហើយយោងទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ ប្រហែលជាអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចដែលឱសថទូទៅអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកផងដែរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទឱសថ សូមមើល ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ។

B15. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរឬទេ?

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើងបាន។ ជាទូទៅ ឱសថដែលផ្តល់ជូនបានតាមរយៈការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ គឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលយូរវែង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



បញ្ជីរឿង។

ឱសថដែលមិនអាចស្វែងរកបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដឹកបញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

- **សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។**
យើងផ្តល់ជូនសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិត 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត កម្រិត 2៖ ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹង ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិត 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត កម្រិត 2៖ ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ។
- **កម្មវិធីឱសថស្ថានលក់រាយ។**
ឱសថស្ថានលក់រាយមួយចំនួនក៏អាចផ្តល់ជូនការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិត 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត កម្រិត 2៖ ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត កម្រិត 2៖ ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ។

B16. តើខ្ញុំអាចសុំវេជ្ជបញ្ជាដែលបានប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ?

ឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់អ្នកប្រហែលអាចប្រគល់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដល់ផ្ទះរបស់អ្នកបាន។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើពួកគេប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះដែរឬទេ។

B17. តើថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក ប៉ុន្មាន?

សមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មិនមានការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទេ ប្រសិនបើសមាជិកធ្វើតាមច្បាប់របស់គម្រោង។

កម្រិតគឺជាក្រុមឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

- ឱសថថ្នាក់ទី 1 គឺជាឱសថម៉ាកធម្មតាពេញចិត្ត
- ឱសថថ្នាក់ទី 2 គឺជាឱសថម៉ាកធម្មតា
- ឱសថកម្រិតថ្នាក់ ទី 3 គឺជាឱសថមានម៉ាកដែលពេញចិត្ត
- ឱសថកម្រិតថ្នាក់ ទី 4 គឺជាឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ
- ឱសថកម្រិតថ្នាក់ ទី 5 គឺជាឱសថកម្រិតឯកទេស

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



ថ្នាក់	ការពណ៌នា	ការបង់ប្រាក់រួម	
		ឧបត្ថម្ភ 30 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
ថ្នាក់ទី 1	ឱសថម៉ាកធម្មតាពេញចិត្ត	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ ទី 2	ឱសថម៉ាកធម្មតា	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ ទី 3	ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ ទី 4	ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ ទី 5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	\$0	ឥតមាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅក្នុងជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ។

C. សេចក្តីសង្ខេបអំពីបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការស្វែងរកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជីនោះ សូមមើលលិខិតក្រមអំពីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង ដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុងផ្នែក D។ លិខិតក្រមនេះរាយឱសថទាំងអស់ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមលំដាប់អក្ខរក្រម។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273 ។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបានផលរបស់ Medi-Cal (BIC) នៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្រោមផ្នែក D

- ការតវ៉ា គឺជារបៀបគួរសម នៃការសូមឱ្យយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញ នូវការសម្រេចដែលយើងបានធ្វើអំពីការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងផ្លាស់ប្តូរវា បើសិនអ្នកគិតថាយើងធ្វើដោយភាន់ច្រឡំ។
- ឧទាហរណ៍ យើងអាចនឹងសម្រេច ថាឱសថដែលអ្នកចង់បាន គឺមិនរ៉ាប់រងទេ ឬលែងបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



- ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនយល់ព្រមតាមសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងទេ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ ។
- អ្នកក៏អាចអានជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ផងដែរ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះ។
- ឱសថដែលមិនមែនជាឱសថផ្នែក D មានវិធានច្បាប់ផ្សេងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមលក្ខណៈរោគា

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានគេដាក់ជាក្រុមទៅតាមប្រភេទ ដែលអាស្រ័យលើប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលគេប្រើប្រាស់ដើម្បីព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ បើសិនអ្នកមាន ជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែរកមើលក្នុងជំពូក អង្គជាតុសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះគឺជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងត្រូវរកមើលឱសថ ដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

សញ្ញាសំគាល់		
ថ្នាក់	ឈ្មោះ	
1	ឱសថម៉ាកធម្មតាពេញចិត្ត	
2	ឱសថម៉ាកធម្មតា	
3	ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ	
4	ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ	
5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	
សញ្ញា	ឈ្មោះ	ពិពណ៌នា

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



LA	មានកម្រិតទទួល	វេជ្ជបញ្ជានេះ អាចនឹងមានតែនៅតាមឱសថស្ថានខ្លះៗប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថានរបស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់យើង។
PA	ការអនុញ្ញាតជាមុន	ការធានារ៉ាប់រងចំពោះវេជ្ជបញ្ជានេះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពី Blue Shield សិន។ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ក្នុងការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ឱសថមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផ្នែក B ឬផ្នែក D ដោយផ្អែកលើវិធានអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare។
QL	កម្រិតបរិមាណ	ឱសថនេះមានកម្រិតដែលត្រូវប្រើ ឬកម្រិតបរិមាណតាមវេជ្ជបញ្ជា។ កម្រិតឱសថប្រចាំថ្ងៃជាអតិបរមាត្រូវបានកំណត់ដោយ FDA និងបានរាយបញ្ជីក្នុងឯកសារដែលបញ្ចូលក្នុងកញ្ចប់ឱសថ។ ចំនួនកំណត់កម្រិតបរិមាណផ្សេងទៀតលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើរួមគ្នានៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។
ST	ជំហានវិធីព្យាបាល	ការរ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានេះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅពេលដែលការព្យាបាលដោយថ្នាំដំបូង ឬថ្នាំដែលពេញចិត្តផ្សេងទៀតត្រូវបានសាកល្បង (ការព្យាបាលតាមជំហាន)។
NDS	ការឧបត្ថម្ភឱសថមិនពន្យារថ្ងៃ	ថ្នាំនេះមិនអាចផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេលវែងបានទេ។

ជូរទីមួយក្នុងតារាងនេះ បង្ហាញឈ្មោះថ្នាំ។ ឱសថទូរសព្ទទៅមានរាយអក្សរទ្រេតសរសេរជាអក្សរតូច (ឧទាហរណ៍ simvastatin) ឱសថមានម៉ាកសរសេរជាអក្សរធំ (ឧទាហរណ៍ ELIQUIS) ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជួរឈរឈ្មោះ "វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬចំនួនកំណត់លើការប្រើប្រាស់" ប្រាប់អ្នកថាតើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មានច្បាប់ណាមួយសម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។



D. លិខិតបញ្ជាក់នៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

នៅក្នុងផ្នែកនេះ អ្នកអាចស្វែងរកឱសថដោយស្វែងរកឈ្មោះរបស់ឱសថនោះតាមលំដាប់អក្ខរក្រម។ វានឹងប្រាប់អ្នកពីលេខទំព័រដែលអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។



ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	Tier 2	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 (1 % gel, 1.5 % solution)</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<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 (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	

អនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថនៃកំហិតមានសុពលភាពត្រឹមត្រូវតាមការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល។
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុខាភិបាល។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>ibuprofen 100 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	Tier 3	
<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

**អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថនីមួយៗដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ គឺជាឱសថដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងក្របខណ្ឌនៃការគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i>	Tier 4	PA, QL (120 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
<i>hydrocodone-acetaminophen 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

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>
ហើយអនុវត្តការព្យាបាលដល់ជំងឺប្រព័ន្ធការពារកំហិត និងប្រព័ន្ធការពារកំហិតផ្សេងៗទៀត។

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្នល់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្នល់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នល់)	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)
<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		
<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 (600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	Tier 4	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នាក់នៅ និងអ្នកសម្របសម្រួលសេវាសុខភាពបាន
 ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 NACL (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	
<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 % cream, 0.75 % lotion)</i>	Tier 3	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	Tier 4	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហមុនី និងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងអភិវឌ្ឍន៍សង្គមក្រសួងសុខាភិបាល
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទដ្ឋានថ្នាំថ្មីសថ អថ្មី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 5	
<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, 250 mg recon soln, 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
VANDAZOLE 0.75 % GEL	Tier 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
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, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ និងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងគុណភាពថ្នាំ
ជាមួយប្រតិបត្តិការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 chew tab, 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 ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	Tier 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	Tier 4	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	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	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីការផ្តល់ការប្រឹក្សា និងការសម្រេចលើកិច្ចសន្យាសេវាសុខាភិបាល និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសេវាសុខាភិបាលនេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
E.E.S. 400 400 MG TAB	Tier 4	
<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, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<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	

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិសម្រាប់ការវាយតម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាយថ្នាប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<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	
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>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANTICONVULSANTS, OTHER		
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)

**អនុករាជសុវចន្ទវរោគវិទ្យាល័យសុភិព័ន្ធសុវណ្ណបុរី និងមិត្តភក្តិសុវណ្ណបុរី អនុសរកាត់នាំកុនុខការពលៈ
ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំដៃបាលផ្តល់កុនុខសេកុដីពន្យល់លំដៃៈ។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (អ៊ីតេឡាត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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		
APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<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	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តយល់ព្រមលើការផ្តល់ការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាយថ្នាប្រចាំថ្ងៃក្នុងករណី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION		
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab)</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	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខភាពស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺប្រយោជន៍
 ជាមួយប្រពន្ធក្នុងគ្រួសារ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុខរបរ
<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)
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	

អ្នកអាចសុំថ្លៃកាត់បន្ថយសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ និងអ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាព។
ជាមួយនឹងការកាត់បន្ថយថ្លៃសេវា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក (អ៊ីតេម៉ាត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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</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 5 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<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	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលអាការ្យក្រហមស្បែកក្នុងការព្យាបាល៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 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 2	
<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, 10 mg/ml conc, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</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	

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងនឹងការស្រវឹង និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងនឹងការស្រវឹង ជាមួយគ្នា។ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត 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, 80 & 125 mg misc, 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)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្យាបាលអន្តរក្រសួងស្រាវជ្រាវ និង អភិវឌ្ឍន៍សេវាសុខាភិបាល
ដោយចូលរួមការងារពី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺផ្សេងៗទៀត។
ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	Tier 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	Tier 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តលិខិតអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឈាមក្រហម និងជំងឺឈាមក្រហមស្រទាប់ក្នុងករណីពិសេស
ជាយថ្ងៃទីកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIGOUT AGENTS

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

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	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)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY (100 MG TAB, 50 MG TAB)	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)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃសេវា (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsy, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃសេវា (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃសេវា (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៣ អនក្រឹត្យ ច្បាប់ស្តីពីការបង្កើនថ្លៃសេវា
ជាមួយការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៤ អនក្រឹត្យ ច្បាប់ស្តីពីការបង្កើនថ្លៃសេវា
សម្រាប់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺប្រូតេស្តាស៊ីស៍ និងជំងឺផ្សេងៗទៀត។**

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីតេម៉ូណូ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PRIFTIN 150 MG TAB	Tier 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីតេម៉ូណូ)	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
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 4	
GLEOSTINE 100 MG CAP	Tier 5	
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
<i>thiotepa (100 mg recon soln, 15 mg recon soln)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
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>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណបសុវចនៃកំណត់ប្រាក់សុវតិភ័យអន្តរជាតិសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថ
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទំនិញ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>flutamide 125 mg cap</i>	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAP, 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
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
REVLIMID (10 MG CAP, 15 MG CAP, 2.5 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP, 5 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	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
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអ្នកប្រើប្រាស់នៅក្នុងកញ្ចប់ថ្នាំនេះ
ជាមួយនឹងការណែនាំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
ANTIMETABOLITES		
<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
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	Tier 5	LA, 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
<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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកកម្រិតស្របច្បាប់ និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖
ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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 2	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នេហា និងអ្នកសម្រាប់គ្រប់គ្រងការព្យាបាល៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកបានលម្អិតបន្ថែមពីស្ថិតិស្ថានភាពសុខភាព និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 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

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានថ្នាំឱសថកម្ពុជា និងអង្គការកំណត់តម្លៃថ្នាំឱសថ
ជាមួយទីក្រុងភ្នំពេញ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG CAP, 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
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 5	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 (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 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
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថ និងការប្រើប្រាស់ឱសថ តាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងារ
ជាមួយទីកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថ និងការប្រើប្រាស់ឱសថ តាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងារ
ជាមួយទីកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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
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
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរាគមន៍នៃឱសថនីមួយៗតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្នុងក្របខណ្ឌនេះ
 ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវនេះ
 ជាមួយការកំណត់ទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រគេហទំព័រគ្រួសាររបស់យើង។
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 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

**អ្នកអាចសួរចំណុះក្រុមការងារសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នាក់នៅ និងអ្នកសម្របសម្រួលការកំណត់កំហិត
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	Tier 5	QL (3 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

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានការពារសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ ឬអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមទៀតនៅទីកន្លែងខាងក្រោម៖
យើងអាចជួយលើកលែងតម្លៃថ្នាំឱសថសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB THPK, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	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
UKONIQ 200 MG TAB	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

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរាគមន៍នៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងក្របខណ្ឌនៃការស្រាវជ្រាវស្រាវជ្រាវ និងការស្រាវជ្រាវស្រាវជ្រាវ
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកម្រិតថ្លៃ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំថ្នល់ឱសថនីមួយៗនៅក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំថ្នល់ឱសថនីមួយៗ និងក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំថ្នល់ឱសថនីមួយៗ។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំថ្នល់ឱសថនីមួយៗនៅក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំថ្នល់ឱសថនីមួយៗ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG 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

**អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអនុសាសន៍ក្នុងការកំណត់ថ្នាក់ថ្នាំ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រយោជន៍ថ្នាំ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	Tier 5	
TREATMENT ADJUNCTS		
HEMADY 20 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	Tier 4	
MESNEX 400 MG TAB	Tier 5	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រយោជន៍ថ្នាំ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើង ដើម្បីស្វែងយល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត។
យើងអាចការពារយល់ដឹងថាមានផ្ទៃពោះក្នុងករណីណាមួយ។

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICHOLINERGICS		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ថ្លៃឱសថ
ជាយថ្នូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមផ្សេងទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់លំអិត។**

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	Tier 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យស្តីពីការកំណត់ថ្លៃឱសថស្ថាន និងការកំណត់កំហិតថ្នាំ
ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថស្ថាន និងការកំណត់កំហិតថ្នាំ ^{<xiv>}
ហើយអនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យស្តីពីការកំណត់ថ្លៃឱសថស្ថាន និងការកំណត់កំហិតថ្នាំ។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (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	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<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 ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរជាតិសម្រាប់ឱសថទាំងនេះនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការពិភាក្សាសុវត្ថិភាពសម្រាប់ប្រជាជន និងសម្រាប់ប្រជាជន។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការពិភាក្សាសុវត្ថិភាពសម្រាប់ប្រជាជន។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 4	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 4	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	Tier 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<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
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 1 & 2 & 4 & 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 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហ៊ីយអានការពន្យល់លំអិតអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់សម្រាប់កុលសម្របកុលរួម។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 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, 80 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 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	
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺស្រាវជ្រាវចិត្តសញ្ញាណ និងអកុសលភាពដោយចុចលើតំបន់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺស្រាវជ្រាវចិត្តសញ្ញាណ និងអកុសលភាព។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
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	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 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 3	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS 240 MG TAB	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	Tier 5	QL (100 PER 365 OVER TIME)

អ្នកអាចសុំថ្លៃកែតម្រូវសម្រាប់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺក្រហមស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀតដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុខាភិបាល។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>} ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នថ្លៃសេវា អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 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 5	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>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់៖**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 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)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df 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</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)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអកុសកោតនាំក្នុងការពន្លឿន
ដោយចូលទៅកាន់ទីក្រុង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្ននៃឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
FUZEON 90 MG RECON SOLN	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 5	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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 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)
SYM TUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

**អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នល់ឱសថនៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

BIPOLAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (ក្រីអេស៊ីន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (ក្រីអេស៊ីន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ និងអភិវឌ្ឍន៍ថ្នាំថ្មី ដើម្បីឱ្យមានការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្មី និងថ្នាំប្រកួតប្រជែង ដោយចូលទៅក្នុងក្រុមប្រឹក្សាថ្នាំថ្មី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 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)	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	
<i>miglitol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
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	

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាក់ថ្នល់ឱសថនៃថ្នាំថ្នល់ឱសថនីមួយៗពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃថ្នាំថ្នល់ឱសថនីមួយៗសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើវិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ឱសថ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv> ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសដើម (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធថ្នែងថ្លៃសេវា អ៊ី (កម្រិតថ្លៃសេវា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
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	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធថ្នែងថ្លៃសេវា អ៊ី (កម្រិតថ្លៃសេវា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 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)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងថ្នាំប្រឆាំងជំងឺបេះដូង
ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងថ្នាំប្រឆាំងជំងឺបេះដូង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពផងដែរ។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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>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	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមដទៃទៀត
ជាមួយថ្នាំដទៃទៀត ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
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
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	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការបញ្ជាក់ពីការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<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)

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 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	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកបានលម្អិតបន្ថែមពីស្ថិតិសុខភាពសាធារណៈ និងអ្នកសម្របសម្រួលសេវាសុខភាពដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>} ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារសុខភាពសាធារណៈ
ជាយុទ្ធសាស្ត្រកំណត់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (ក្រិតូស្តា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<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	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfatate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសង្កេតស្រាវជ្រាវនិងអនុសាសន៍ក្នុងការប្រើប្រាស់៖
ជាយូរមកទៅក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាននេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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>carvedilol phosphate er (10 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
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	

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នេហា និងអភិបាលកិច្ចសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ និងអ្នករស់នៅក្នុងសង្គម៖
ជាមួយគ្នា យើងអាចធ្វើបានកាន់តែច្រើន <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine (10 mg cap, 20 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	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1260 PER 21 DAYS)
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg tab er 24h, 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, 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	

អនុករណបសុវចនៃកំណត់ប្រាក់សុវតិភ័យអនុវត្តន៍យល់នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអនុសាសន៍ក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយច្បាប់ទីកំណត់ទី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក
ជាមួយការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
ប្រតិភូអន្តរជាតិសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 1	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	Tier 3	QL (2 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	

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយថ្នាលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<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	
METHYLDOPA- HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	Tier 3	
<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	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	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>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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយគ្នាជាមួយថ្នាំដទៃទៀត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានថ្នាំ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	Tier 2	
<i>torseamide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថ្លៃសេវាដែលបានកំណត់នៅក្នុងតារាងនេះ
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<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	

អនុករណបសុវចន្តរកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រសុព្យាបាលនិងអកុសកោតនវគុណុកសារពន្យល់៖
ជាយច្ចុប្បន្នការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម៖

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 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 3	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, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA, QL (3.5 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
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 2	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺស្រួចស្រាវជ្រាវ និង ជំងឺស្រួចស្រាវជ្រាវ
ជាមួយប្រព័ន្ធកាត់កាត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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 (120 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin (0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.6 mg sl tab)</i>	Tier 3	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	Tier 4	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	Tier 3	

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

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

អនុករណបសុវចន្ត្រក្នុងការកំណត់ថ្នាក់ឱសថនិងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
 ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តការងារក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ឱសថ ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ថ្លៃ (xiv) ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 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 5	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, 30 MG CAP DR)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺប្រកួតប្រជែងប្រកួតប្រជែង
ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺប្រកួតប្រជែងប្រកួតប្រជែង ^{<xiv>}
ហើយអនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺប្រកួតប្រជែងប្រកួតប្រជែង។**

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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, 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 5	PA, LA, 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	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	Tier 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>paroex 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរជាតិសម្រាប់ឱសថទាំងនេះបាននៅក្នុងកញ្ចប់ឱសថ និងក្នុងកញ្ចប់ឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</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 3	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	ST
<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>procto-pak 1 % 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 (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment, 0.005 % solution)</i>	Tier 3	

**អនុករណបសុវចន្ត្រក្រឹត្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃវិទ្យាស្ថានពេទ្យព្រះបាទសីហនុ និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	Tier 4	QL (800 PER 28 OVER TIME)
<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	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	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)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យល់ដឹងមិត្តភក្តិស្នាក់នៅអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con sprinkle (10 meq cap er, 8 meq cap 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	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	Tier 4	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភិក្ខុអត្ថប្រយោជន៍នៃវិទ្យាសាស្ត្រព្យាបាលជំងឺក្រហមស្រស់ក្នុងស្ថានភាពសុខភាពសាធារណៈ
ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថស្ថានភាពសុខភាពសាធារណៈ។**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនផ្តល់ឱសថ (ភីអិចស៊ុន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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		
CHEMET 100 MG CAP	Tier 5	
<i>clovique 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។**

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsy, 1 mg/10ml soln prsy)</i>	Tier 4	
<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	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	Tier 3	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងនេះ
 ជាមួយការដាក់កំហិត <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងនេះ។**

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

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

ឈ្មោះឱសថ	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
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភាពសុខភាពស្រស់ស្អាតនៃប្រជាជនកម្ពុជា និងការគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចជាតិ
 ជាយូរអង្វែងនូវការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អថ្ន (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងពាណិជ្ជកម្ម និង ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ពិចារណា និងអនុវត្តន៍
ជាមួយទីក្រុងភ្នំពេញ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	Tier 5	PA, LA
<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, 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, 5 mg/5ml solution, 50 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺក្នុងក្របខណ្ឌនៃការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹត្តិការណ៍ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបថបង្កលើឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបថបង្កលើឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបថបង្កលើឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាល និង ភូមិភាគកណ្តាល ក្នុងនាមរាជរដ្ឋាភិបាល
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុវត្តបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អន្តរជាតិ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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>amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>abra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>abra 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	

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភិក្ខុអគ្គល័យនៃវិទ្យាស្ថានព្រះបាទសីហនុវិទ្យាល័យ
ជាយម្បត្តិក្រុងភ្នំពេញ <xiv>
ប្រើប្រាស់ការពន្យល់លើឈ្មោះឱសថដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) 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-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	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	Tier 4	
<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	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវភេទ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹក្សា ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវភេទផងដែរ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុវត្តន៍របស់ក្រុមហ៊ុន (ក្រុមហ៊ុន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	QL (1 PER 28 DAYS)
<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 (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</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>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	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពនៃកម្មវិធីសុខភាពស្ត្រីក្នុងស្ថានភាពសុខភាពស្ត្រី និងអនុវត្តន៍ប្រើប្រាស់ និងអនុវត្តន៍ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមលើការប្រើប្រាស់ និងអនុវត្តន៍ប្រើប្រាស់សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្កប់ថ្នាំឱសថ អ៊ី (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពកម្រិតថ្នាំឱសថដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងនេះ
 ជាយថ្នាប្រយោជន៍កម្ពុជា <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសម្រេកក្រិកពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថស្ថានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអនុសញ្ញាសុខាភិបាលស្ថិតិ
ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	Tier 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងការព្យាបាលជំងឺក្រហមស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv> ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tri-lynhah 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	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>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>zarah 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពស្ត្រី និងប្រពន្ធស្រី ឬស្រីម្នាក់ៗ តាមរយៈការទាក់ទងទៅក្នុងការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នក។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុខភាពស្ត្រី និងប្រពន្ធស្រី។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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>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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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	
<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
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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាយូរមកទៅក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំថែទាំសុខភាព (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំថែទាំសុខភាព (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	Tier 5	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	Tier 4	
<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

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យមានការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំថែទាំសុខភាព
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំថែទាំសុខភាព ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អុី (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
TRELSTAR MIXJECT (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អុី (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម៖**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (ក្រិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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
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
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)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺស្រាប់តែមិនត្រូវបញ្ជាក់ពីអ្នកសរសេរក្នុងក្រុមការងារនេះ
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
REZUROCK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 5	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 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 (300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 DAYS)

អ្នកអាចសុំថ្លៃកម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបណាស់។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (5 PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹក្សាថ្នាំ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (1 GM RECON SOLN, 1000 MG/40ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 3	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
<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

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតថ្នាក់ទី៤ ក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតថ្នាក់ទី៤ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREXALL (10 MG TAB, 15 MG TAB, 5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	Tier 4	
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 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 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិសម្រាប់ការវាយតម្លៃថ្នាំថ្មី និងការវាយតម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
ជាមួយការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
ហ៊ុយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការវាយតម្លៃថ្នាំថ្មី និងការវាយតម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 INJECTABLE	Tier 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	Tier 4	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI 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	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺក្រហម និងជំងឺក្រហមស្រាលបាននៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃ៖
ជាយថ្នាប្រឆាំងជំងឺក្រហម <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	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
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	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 SUSPENSION	Tier 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
YF-VAX INJECTABLE	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
DIPENTUM 250 MG CAP	Tier 5	PA

អនុករោចសុវចន្តៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
 ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1000 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	Tier 2	
<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	Tier 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរលាកចាញ់ និងជំងឺរលាកចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (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
<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
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការប្រឹក្សាព្រឹត្តិការណ៍នៃអនុសញ្ញាសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើការប្រើប្រាស់
ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នកំណត់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទដ្ឋានថ្នាំឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ិនតង់ស៊ីតេ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.3 ML MISC, X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
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	

អនុករណបសុវចន្ត្រក្រឹត្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថបទស្តីពីការកំណត់ថ្នាំឱសថប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ
 ជាយថ្ងៃទីកំណត់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
<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 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 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	
<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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថទាំងនេះបាននៅក្នុងកញ្ចប់ឱសថនេះ
 ជាមួយនឹងកាត់កំហិត ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្លៃនៃឱសថស្ថានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ថ្លៃ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 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)

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ហើយអនុវត្តន៍យន្តការនៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (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)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (5.5 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	
<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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព។
ជាមួយនេះ យើងស្នើសុំឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព។
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុខភាព។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្ននៃឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការប្រើប្រាស់ប្រតិបត្តិការប្រើប្រាស់ប្រតិបត្តិការប្រើប្រាស់ប្រតិបត្តិការប្រើប្រាស់
ជាយថ្នលទ្ធការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	Tier 3	
<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	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើងតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងាររបស់យើង។
 ជាមួយគ្នានេះយើងក៏ស្នើសុំឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាសុខភាពរបស់យើង។
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (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 6.25 mg/5ml solution</i>	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (25.8 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)

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំសង្កេតយល់ពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំសង្កេតយល់ពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>tiotropium bromide monohydrate 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 hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC 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)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើការផ្តល់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 125 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tab</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 10 mg/ml recon susp</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយគ្នាជាមួយថ្នាំដទៃទៀត ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានថ្នាំ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyndra (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)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិសម្រាប់ការវាយតម្លៃថ្នាំសង្កេតការណ៍ និងអនុវត្តការងារក្នុងការកំណត់តម្លៃថ្នាំសង្កេតការណ៍
ជាមួយនឹងការវាយតម្លៃថ្នាំសង្កេតការណ៍ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

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

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

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

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់
ដោយចូលទៅក្នុងទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថ (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)
<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)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	Tier 3	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)
SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

**អ្នកអាចស្រវឹងក្នុងរយៈពេលស្រវឹងបានស្របតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងប្រើប្រាស់ឱសថនេះ
ជាមួយទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

លិខិតធុនថ្លៃសម្រាប់លេខអាណាឡាត៍រ៉ាម៉េ

A

abacavir sulfate	53	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	126
abacavir sulfate-lamivudine	53	albuterol sulfate	126
abacavir-lamivudine-zidovudine	54	albuterol sulfate hfa	126
ABELCET	25	alclometasone dipropionate	82
ABILIFY ASIMTUFII	47	ALCOHOL 70% PADS	115
ABILIFY MAINTENA	47	ALCOHOL PREP	116
abiraterone acetate	29	ALCOHOL PREP PADS	116
ABRYSVO	111	ALCOHOL SWABSTICK	116
acamprosate calcium	6	alcohol wipes	83
acarbose	59	ALDURAZYME	90
accutane	81	ALECENSA	32
acebutolol hcl	68	alendronate sodium	114
acetaminophen-codeine	3	ALENDRONATE SODIUM	114
acetazolamide	71	alfuzosin hcl er	92
acetazolamide er	123	aliskiren fumarate	71
acetic acid	124	allopurinol	27
acetylcysteine	128	alosetron hcl	88
acitretin	81	alprazolam	57
ACTHIB	111	alprazolam er	57,58
ACTIMMUNE	109	alprazolam xr	58
acyclovir	57,85	altavera	95
acyclovir sodium	57	ALUNBRIG	32
ADACEL	111	alyacen 1/35	95
adapalene	81	alyacen 7/7/7	95
adefovir dipivoxil	52	alyq	127
ADEMPAS	127	amantadine hcl	45
ADVAIR HFA	128	ambrisentan	127
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	115	amethia	95
afirmelle	95	amethia lo	95
AIMOVIG	27	amikacin sulfate	7
ak-poly-bac	120	amiloride hcl	74
AKEEGA	31	amiloride-hydrochlorothiazide	71
ala-cort	82	amiodarone hcl	68
albendazole	44	amitriptyline hcl	23
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	126	amlodipine besy-benazepril hcl	71
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	126	amlodipine besylate	69
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	126	amlodipine besylate-valsartan	71
		amlodipine-atorvastatin	72
		amlodipine-olmesartan	72
		amlodipine-valsartan-hctz	72
		ammonium lactate	82
		amnesteem	81

amoxapine	23	ATROVENT HFA	125
amoxicillin	10	aubra	95
amoxicillin-pot clavulanate	11	aubra eq	95
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	11	AUGTYRO	31
amphetamine-dextroamphet er	77	AUM ALCOHOL PREP PADS	116
amphetamine-dextroamphetamine	77,78	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	116
AMPHOTERICIN B	25	AUM PEN NEEDLE	116
ampicillin	11	aurovela 1.5/30	95
ampicillin sodium	11	aurovela 1/20	95
ampicillin-sulbactam sodium	11	aurovela fe 1.5/30	95
anagrelide hcl	64	aurovela fe 1/20	95
anastrozole	32	AUVELITY	20
ANORO ELLIPTA	128	aviane	95
apomorphine hcl	46	avidoxy	14
apraclonidine hcl	123	ayuna	95
aprepitant	24	AYVAKIT	32
apri	95	azathioprine	109
APTIOM	18	AZATHIOPRINE SODIUM	109
APTIVUS	55	azelastine hcl	121,125
AQ INSULIN SYRINGE	116	azithromycin	12
AQINJECT PEN NEEDLE	116	AZITHROMYCIN	12
aranelle	95	aztreonam	7
ARANESP (ALBUMIN FREE)	65	azurette	95
ARCALYST	107		
AREXVY	111	B	
argyle sterile water	116	bac	79
ARIKAYCE	7	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	120
aripiprazole	48	BACITRACIN	121
ARISTADA	48	bacitracin-polymyxin b	120
ARISTADA INITIO	48	baclofen	51
armodafinil	130	balsalazide disodium	113
ARNUIITY ELLIPTA	124	BALVERSA	33
asenapine maleate	48	balziva	96
ashlyna	95	BAQSIMI ONE PACK	61
aspirin-dipyridamole er	65	BAQSIMI TWO PACK	61
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	116	BARACLUDGE	52
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	116	BCG VACCINE	111
atazanavir sulfate	55	BD INSULIN SYRINGE	116
atenolol	68	BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM	
atenolol-chlorthalidone	72	MISC	116
atomoxetine hcl	78	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM	
atorvastatin calcium	75	MISC	116
atovaquone	44	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM	
atovaquone-proguanil hcl	44	MISC	116
atropine sulfate	89,120		

BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRUKINSA	33
MISC	116	budesonide	114,124
bekyree	96	budesonide er	114
benazepril hcl	67	budesonide-formoterol fumarate	128
benazepril-hydrochlorothiazide	72	bumetanide	74
BENLYSTA	107	buprenorphine	2
BENZNIDAZOLE	44	buprenorphine hcl	6
benzoyl peroxide-erythromycin	81	buprenorphine hcl-naloxone hcl	6
benztropine mesylate	45	bupropion hcl	21
BESIVANCE	13	bupropion hcl er (smoking det)	6
BESREMI	109	bupropion hcl er (sr)	21
betaine	90	bupropion hcl er (xl)	21
betamethasone dipropionate	82	buspironone hcl	57
betamethasone dipropionate aug	82	butalbital-apap-caffeine	79
betamethasone valerate	82	butalbital-aspirin-caffeine	1
BETASERON	80	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	1
betaxolol hcl	68,123	butorphanol tartrate	3
bethanechol chloride	92		
bexarotene	43	C	
BEXSERO	111	CABENUVA	55
bicalutamide	29	cabergoline	105
BICILLIN C-R	11	CABOMETYX	33
BICILLIN C-R 900/300	11	calcipotriene	83
BICILLIN L-A	11	calcitonin (salmon)	114
BIKTARVY	52	calcitrene	84
bimatoprost	123	CALCITRIOL	84,115
BIOGUARD GAUZE SPONGES	116	calcitriol	114
bisoprolol fumarate	69	CALQUENCE	33
bisoprolol-hydrochlorothiazide	72	camila	103
blisovi fe 1.5/30	96	camrese	96
blisovi fe 1/20	96	camrese lo	96
BOOSTRIX	111	candesartan cilexetil	67
bosentan	127	candesartan cilexetil-hctz	72
BOSULIF	33	CAPLYTA	48
BRAFTOVI	33	CAPRELSA	33
BREO ELLIPTA	128	captopril	67
breynd	128	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	72
BREZTRI AEROSPHERE	128	carbamazepine	18
briellyn	96	carbamazepine er	18
BRILINTA	65	carbidopa	46
brimonidine tartrate	123	carbidopa-levodopa	46
brimonidine tartrate-timolol	120	carbidopa-levodopa er	46
brinzolamide	123	carbidopa-levodopa-entacapone	46
BRIVIACT	14	CARETOUCH ALCOHOL PREP	116
bromocriptine mesylate	46	carglumic acid	90

carisoprodol.....	129	ciprofloxacin.....	13
CARTEOLOL HCL.....	123	ciprofloxacin hcl.....	13,124
cartia xt.....	70	ciprofloxacin in d5w.....	13
carvedilol.....	69	ciprofloxacin-dexamethasone.....	124
carvedilol phosphate er.....	69	citalopram hydrobromide.....	22
caspofungin acetate.....	25	claravis.....	81
cataflam.....	1	CLARITHROMYCIN.....	12
CAYSTON.....	7	clarithromycin.....	12
caziant.....	96	clarithromycin er.....	12
CEFACLOR.....	9	clindamycin hcl.....	7
cefadroxil.....	9	clindamycin palmitate hcl.....	7
cefazolin sodium.....	9	clindamycin phos-benzoyl perox.....	81
cefdinir.....	9	clindamycin phosphate.....	7,8,85
CEFEPIME HCL.....	9	clindamycin phosphate in d5w.....	8
cefixime.....	10	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	8
cefotetan disodium.....	10	clobazam.....	16
cefoxitin sodium.....	10	clobetasol prop emollient base.....	82
cefpodoxime proxetil.....	10	clobetasol propionate.....	82
cefprozil.....	10	clobetasol propionate e.....	82
ceftazidime.....	10	clomipramine hcl.....	23
ceftriaxone sodium.....	10	clonazepam.....	58
cefuroxime axetil.....	10	clonidine.....	66
cefuroxime sodium.....	10	clonidine hcl.....	66
celecoxib.....	1	clopidogrel bisulfate.....	66
cephalexin.....	10	clorazepate dipotassium.....	58
cetirizine hcl.....	125	clotrimazole.....	25
cevimeline hcl.....	80	clotrimazole-betamethasone.....	84
chateal.....	96	clovique.....	87
chateal eq.....	96	clozapine.....	51
CHEMET.....	87	COARTEM.....	44
chlorhexidine gluconate.....	80	CODEINE SULFATE.....	3
chloroquine phosphate.....	44	codeine sulfate.....	3
chlorpromazine hcl.....	47	colchicine.....	27
chlorthalidone.....	74	colchicine-probenecid.....	27
cholestyramine.....	75	colesevelam hcl.....	75
cholestyramine light.....	75	colestipol hcl.....	75,76
ciclodan.....	85	colistimethate sodium (cba).....	8
ciclopirox.....	85	COMBIVENT RESPIMAT.....	128
ciclopirox olamine.....	85	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	33
cilostazol.....	66	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	34
CILOXAN.....	13	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	34
CIMDUO.....	54	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	117
cimetidine.....	89	COMPLERA.....	53
cinacalcet hcl.....	115	compro.....	24
CIPRO HC.....	124	constulose.....	88

COPIKTRA.....	34	deferasirox.....	87
CORLANOR.....	72	DELSTRIGO.....	53
CORTIFOAM.....	114	delyla.....	96
CORTISONE ACETATE.....	93	DENGVAXIA.....	111
CORTISPORIN-TC.....	124	DEPO-ESTRADIOL.....	96
CORTROPHIN.....	93	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	103
COSENTYX.....	107	depo-testosterone.....	94
COSENTYX (300 MG DOSE).....	107	DERMOTIC.....	124
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	107	DESCOVY.....	54
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	107	desipramine hcl.....	23
COSENTYX UNOREADY.....	107	desmopressin ace spray refrig.....	94
COTELLIC.....	34	desmopressin acetate.....	94
CREON.....	91	desmopressin acetate pf.....	94
cromolyn sodium.....	89,121,127	desmopressin acetate spray.....	94
cryselle-28.....	96	desogestrel-ethinyl estradiol.....	96
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	117	desonide.....	82
cvs isopropyl alcohol wipes.....	84	desoximetasone.....	82
cyclafem 1/35.....	96	desvenlafaxine succinate er.....	22
cyclafem 7/7/7.....	96	dexamethasone.....	93
cyclobenzaprine hcl.....	129	DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	93
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	29	dexamethasone sod phosphate pf.....	93
cyclosporine.....	109	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	93,122
cyclosporine modified.....	109	dexmethylphenidate hcl.....	78
cyproheptadine hcl.....	125	dextroamphetamine sulfate.....	78
cyred.....	96	dextrose.....	85
cyred eq.....	96	dextrose in lactated ringers.....	85
CYSTAGON.....	91	dextrose-sodium chloride.....	85
CYSTARAN.....	91	DIACOMIT.....	15
		diazepam.....	16,17,58
D		DIAZEPAM.....	17
dabigatran etexilate mesylate.....	63	diazepam intensol.....	58
dalfampridine er.....	80	diazoxide.....	61
danazol.....	94	diclofenac potassium.....	1
dantrolene sodium.....	51	diclofenac sodium.....	1,122
dapsone.....	28	diclofenac sodium er.....	1
DAPTACEL.....	111	dicloxacillin sodium.....	11
daptomycin.....	8	dicyclomine hcl.....	89
darunavir.....	55	DIFICID.....	12
dasatinib.....	34	diflunisal.....	1
dasetta 1/35.....	96	difluprednate.....	122
dasetta 7/7/7.....	96	digitek.....	68
DAURISMO.....	34	digox.....	68
daysee.....	96	digoxin.....	68
deblitane.....	103	dihydroergotamine mesylate.....	27
decadron.....	93		

dilt-xr.....	70	drospirenone-ethinyl estradiol.....	96
diltiazem hcl.....	70	DROXIA.....	91
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	70	droxidopa.....	66
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	70	duloxetine hcl.....	79
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	70	DUPIXENT.....	107
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	70	dutasteride.....	92
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	70	dutasteride-tamsulosin hcl.....	92
diltiazem hcl er.....	70	E	
diltiazem hcl er beads.....	70	E.E.S. 400.....	13
dimethyl fumarate.....	80	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	117
dimethyl fumarate starter pack.....	80	EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	117
DIPENTUM.....	113	ec-naproxen.....	1
diphenoxylate-atropine.....	88	econazole nitrate.....	25
DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	88	EDURANT.....	53
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	111	EFAVIRENZ.....	53
dipyridamole.....	66	efavirenz.....	53
disulfiram.....	6	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	53
divalproex sodium.....	15	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	53
divalproex sodium er.....	15	ELAPRASE.....	91
dofetilide.....	68	elinest.....	97
donepezil hcl.....	20	ELIQUIS.....	63
donepezil hydrochloride orally		ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	63
disintegrating tab 10 mg.....	20	eluryng.....	97
donepezil hydrochloride orally		EMBRACE PEN NEEDLES.....	117
disintegrating tab 5 mg.....	20	emoquette.....	97
dorzolamide hcl.....	123	EMSAM.....	21
dorzolamide hcl-timolol mal.....	120	emtricitabine.....	54
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	120	emtricitabine-tenofovir df.....	54
dotti.....	96	EMTRIVA.....	54
DOVATO.....	52	emzahn.....	103
doxazosin mesylate.....	66	enalapril maleate.....	67
doxepin hcl.....	23	enalapril-hydrochlorothiazide.....	72
doxercalciferol.....	115	ENBREL.....	109
doxy 100.....	14	ENBREL MINI.....	109
doxycycline hyclate.....	14	ENBREL SURECLICK.....	109
doxycycline monohydrate.....	14	endocet.....	3
DRIZALMA SPRINKLE.....	79	ENGERIX-B.....	111
dronabinol.....	24	enilloring.....	97
DROPLET MICRON.....	117	enoxaparin sodium.....	63,64
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE..	117	enpresse-28.....	97
		enskyce.....	97
		entacapone.....	46
		entecavir.....	52
		ENTRESTO.....	72

enulose	88
ENVARUSUS XR	109
EPIDIOLEX	15
epinephrine	126
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	126
epitol	18
EPIVIR HBV	52
eplerenone	74
EPRONTIA	15
EPROSARTAN MESYLATE	67
ERGOLOID MESYLATES	19
ERIVEDGE	34
ERLEADA	29,30
erlotinib hcl	34
errin	103
ertapenem sodium	12
ERY	85
erythrocin lactobionate	13
erythromycin	85,121
erythromycin base	13
erythromycin ethylsuccinate	13
erythromycin lactobionate	13
escitalopram oxalate	22
esomeprazole magnesium	90
estarylla	97
estradiol	97
estradiol valerate	97
ESTRING	97
eszopiclone	130
ethambutol hcl	28
ethosuximide	16
ethynodiol diac-eth estradiol	97
etodolac	1
etodolac er	1
etonogestrel-ethinyl estradiol	97
etravirine	53
euthyrox	104
everolimus	34,35,109
EVOTAZ	55
exemestane	32
ezetimibe	76
ezetimibe-simvastatin	76

F

falmina	97
famciclovir	57
famotidine	89
FANAPT	48
FANAPT TITRATION PACK	48
FARXIGA	76
febuxostat	27
felbamate	15
felodipine er	69
femynor	97
fenofibrate	75
fenofibrate micronized	75
fenofibric acid	75
fentanyl	2
fentanyl citrate	3,4
FETZIMA	22
FETZIMA TITRATION	22
finasteride	92
fingolimod hcl	80
FINTEPLA	15
FIRMAGON	105
FIRMAGON (240 MG DOSE)	105
flavoxate hcl	91
flecainide acetate	68
fluconazole	26
fluconazole in sodium chloride	26
flucytosine	26
fludrocortisone acetate	93
flunisolide	128
fluocinolone acetonide	82
fluocinolone acetonide body	82
fluocinolone acetonide scalp	82
fluocinonide	83
fluocinonide emulsified base	83
fluorometholone	122
fluorouracil	84
fluoxetine hcl	22
FLUOXETINE HCL	22
fluphenazine decanoate	47
FLUPHENAZINE HCL	47
FLURBIPROFEN	1
FLURBIPROFEN SODIUM	122
flutamide	30

fluticasone propionate	83,128
fluticasone-salmeterol	129
FLUTICASONE-SALMETEROL	129
fluvastatin sodium	75
fluvastatin sodium er	75
flvoxamine maleate	22
FML	122
FML FORTE	122
fondaparinux sodium	64
fosamprenavir calcium	55
fosinopril sodium	67
fosinopril sodium-hctz	72
FOTIVDA	35
FRUZAQLA	31
fulvestrant	30
furosemide	74
FUROSEMIDE	74
FUZEON	55
fyavolv	97
FYCOMPA	15

G

gabapentin	17
galantamine hydrobromide	20
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	20
galantamine hydrobromide er	20
GAMUNEX-C	107
GARDASIL 9	111
gauze pads 2	117
GAVILYTE-C	89
gavilyte-g	89
gavilyte-n with flavor pack	88
GAVRETO	35
gefitinib	35
gemfibrozil	75
GEMTESA	91
generlac	88
gengraf	110
GENTAK	121
gentamicin sulfate	7,121
GENVOYA	52
gianvi	97
GILOTRIF	35
glatiramer acetate	80
glatopa	80

GLEOSTINE	29
glimepiride	59
glipizide	59
glipizide er	59
glipizide xl	59
glipizide-metformin hcl	59
GLUCAGEN HYPOKIT	61
GLUCAGON EMERGENCY	61
glyburide	59
GLYBURIDE MICRONIZED	59
glyburide-metformin	59
glycopyrrolate	89
GLYXAMBI	59
GOLYTELY	89
granisetron hcl	25
griseofulvin microsize	26
griseofulvin ultramicrosize	26
guanfacine hcl	66
guanfacine hcl er	78

H

HADLIMA	110
HADLIMA PUSH TOUCH	110
HAEGARDA	106
hailey 1.5/30	97
hailey fe 1.5/30	98
hailey fe 1/20	98
halobetasol propionate	83
haloette	98
haloperidol	47
haloperidol decanoate	47
haloperidol lactate	47
HAVRIX	111
heather	103
HEMADY	44
heparin sodium (porcine)	64
heparin sodium (porcine) pf	64
HEPLISAV-B	111
HIBERIX	112
HIZENTRA	107
HUMALOG	62
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	62
HUMALOG KWIKPEN	62
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	62
HUMALOG MIX 75/25	62

HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	62	INLYTA	35,36
HUMULIN 70/30	62	INQOVI	31
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	62	INREBIC	36
HUMULIN N	62	INSULIN LISPRO	62
HUMULIN N KWIKPEN	62	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	62
HUMULIN R	62	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	62
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	62	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	63
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	62	INSULIN PEN NEEDLES	117
hydralazine hcl	76	INSULIN PEN NEEDLES	117
hydrochlorothiazide	74	INSULIN SYRINGE 0.3 ML	117
hydrocodone-acetaminophen	4	INSULIN SYRINGE 0.5 ML	117
hydrocortisone	83,114	INSULIN SYRINGE 1 ML	117
hydrocortisone (perianal)	83	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	118
hydrocortisone butyrate	83	INSUPEN PEN NEEDLES	118
hydrocortisone-acetic acid	124	INTELENCE	53
hydromorphone hcl	4	INTRALIPID	118
hydroxychloroquine sulfate	45	introvale	98
hydroxyurea	31	INVEGA HAFYERA	48
hydroxyzine hcl	125	INVEGA SUSTENNA	48,49
hydroxyzine pamoate	125	INVEGA TRINZA	49
		IPOL	112
		ipratropium bromide	125
ibandronate sodium	115	ipratropium-albuterol	129
IBRANCE	35	irbesartan	67
ibu	1	irbesartan-hydrochlorothiazide	72
ibuprofen	1,2	ISENTRESS	52
icatibant acetate	106	ISENTRESS HD	52
iclevia	98	isibloom	98
ICLUSIG	35	isoniazid	28
icosapent ethyl	76	isopropyl alcohol	84
IDHIFA	35	isopropyl alcohol wipes	84
ILEVRO	122	isosorb dinitrate-hydralazine	73
imatinib mesylate	35	isosorbide dinitrate	77
IMBRUVICA	35	isosorbide mononitrate	77
imipenem-cilastatin	12	isosorbide mononitrate er	77
imipramine hcl	23	isotretinoin	81
imiquimod	84	isradipine	69
IMOVAX RABIES	112	itraconazole	26
incassia	103	ivabradine hcl	73
INCRELEX	94	ivermectin	44
INCRUSE ELLIPTA	125	IWILFIN	31
indapamide	74	IXCHIQ	112
indomethacin	2	IXIARO	112
indomethacin er	2		
INFANRIX	112		

J

jaimiess	98
JAKAFI	36
jantoven	64
JANUMET	60
JANUMET XR	60
JANUVIA	60
JARDIANCE	76
jasmiel	98
JAYPIRCA	36
jencycla	103
JENTADUETO	60
JENTADUETO XR	60
jinteli	98
jolessa	98
joyeaux	98
juleber	98
JULUCA	52
junel 1.5/30	98
junel 1/20	98
junel fe 1.5/30	98
junel fe 1/20	98
JYNNEOS	112

K

kalliga	98
KALYDECO	126
kariva	98
kcl in dextrose-nacl	86
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	86
kelnor 1/35	98
kelnor 1/50	98
KEPIVANCE	80
KERENDIA	60
ketoconazole	26
ketorolac tromethamine	122
KINRIX	112
kionex	87
KISQALI (200 MG DOSE)	36
KISQALI (400 MG DOSE)	36
KISQALI (600 MG DOSE)	36
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	36
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	36
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	36

klor-con	86
klor-con 10	86
klor-con m10	86
klor-con m15	86
klor-con m20	86
klor-con sprinkle	86
KOSELUGO	36
kourzeq	80
KRAZATI	36
kurvelo	98

L

l-glutamine	91
labetalol hcl	69
lacosamide	18
lactated ringers	86,118
lactulose	88
lactulose encephalopathy	88
lamivudine	52,54
lamivudine-zidovudine	54
lamotrigine	15
lansoprazole	90
LANTUS	63
LANTUS SOLOSTAR	63
lapatinib ditosylate	37
larin 1.5/30	98
larin 1/20	98
larin fe 1.5/30	98
larin fe 1/20	98
larissia	98
latanoprost	123
leena	98
leflunomide	110
lenalidomide	30
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	37
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	37
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	37
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	37
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	37
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	37
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	37
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	37
lessina	98
letrozole	32
leucovorin calcium	31

LEUKERAN.....	29	loestrin fe 1.5/30.....	99
leuprolide acetate.....	105	loestrin fe 1/20.....	99
levabuterol hcl.....	126	lojaimiess.....	99
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	126	LOKELMA.....	87
levetiracetam.....	15	LONSURF.....	32
levetiracetam er.....	15	loperamide hcl.....	88
levo-t.....	104	lopinavir-ritonavir.....	56
LEVOBUNOLOL HCL.....	123	lorazepam.....	58
levocarnitine.....	91	lorazepam intensol.....	58
levocetirizine dihydrochloride.....	125	LORBRENA.....	37
levofloxacin.....	13	loryna.....	99
LEVOFLOXACIN.....	121	losartan potassium.....	67
levofloxacin in d5w.....	13	losartan potassium-hctz.....	73
levonest.....	99	loteprednol etabonate.....	122
levonorg-eth estrad triphasic.....	99	lovastatin.....	75
levonorgest-eth estrad 91-day.....	99	low-ogestrel.....	99
levonorgest-eth estradiol-iron.....	99	loxapine succinate.....	47
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	99	lubiprostone.....	88
levora 0.15/30 (28).....	99	LUMAKRAS.....	37
levothyroxine sodium.....	104	LUMIGAN.....	123
levoxyl.....	104	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	105
LEXIVA.....	56	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	105
LIBERVANT.....	17	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	105
lidocaine.....	5	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	105
lidocaine hcl.....	5	lurasidone hcl.....	49
lidocaine viscous hcl.....	5	lutera.....	99
lidocaine-prilocaine.....	5	LYBALVI.....	21
lidocan.....	5	lyleq.....	103
LILETTA (52 MG).....	103	lyllana.....	99
lillow.....	99	LYNPARZA.....	38
lincomycin hcl.....	8	LYSODREN.....	32
linezolid.....	8	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	38
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	38
LINZESS.....	88	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	38
liothyronine sodium.....	104	lyza.....	103
lisdexamfetamine dimesylate.....	78		
lisinopril.....	67	M	
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	73	M-M-R II.....	112
lithium.....	59	magnesium sulfate.....	86
lithium carbonate.....	59	malathion.....	85
lithium carbonate er.....	59	maraviroc.....	55
LIVTENCITY.....	51	marlissa.....	99
lo-zumandimine.....	99	MARPLAN.....	21
loestrin 1.5/30 (21).....	99	MATULANE.....	29
loestrin 1/20 (21).....	99	matzim la.....	71

MAVYRET	52	methylprednisolone acetate	93
MAXIDEX	122	methylprednisolone sodium succ	93
meclizine hcl	24	metoclopramide hcl	24
medpura alcohol pads	84	metolazone	75
medroxyprogesterone acetate	103	metoprolol succinate er	69
mefloquine hcl	45	metoprolol tartrate	69
megestrol acetate	103	metoprolol-hydrochlorothiazide	73
MEKINIST	38	metronidazole	8
MEKTOVI	38	metyrosine	73
meloxicam	2	micafungin sodium	26
memantine hcl	20	MICONAZOLE 3	26
memantine hcl er	20	microgestin 1.5/30	100
MENACTRA	112	microgestin 1/20	100
MENEST	99	microgestin fe 1.5/30	100
MENQUADFI	112	microgestin fe 1/20	100
MENVEO	112	midodrine hcl	66
meprobamate	57	mifepristone	105
mercaptapurine	31	MIGERGOT	27
meropenem	12	miglitol	60
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	12	mili	100
mesalamine	114	minitran	77
mesalamine er	114	minocycline hcl	14
mesna	44	minoxidil	76
MESNEX	44	mirtazapine	21
metformin hcl	60	misoprostol	90
metformin hcl er	60	modafinil	130
methadone hcl	2,3	moexipril hcl	67
methazolamide	123	MOLINDONE HCL	47
methenamine hippurate	8	mometasone furoate	83
methergine	118	mondoxyne nl	14
methimazole	106	mono-lynyah	100
methocarbamol	129	montelukast sodium	125
METHOTREXATE SODIUM	110	morgidox	14
methotrexate sodium	110	morphine sulfate	4
methotrexate sodium (pf)	110	morphine sulfate (concentrate)	4
methoxsalen rapid	84	morphine sulfate er	3
methscopolamine bromide	89	MOUNJARO	60
methsuximide	16	MOVANTIK	88
methyl dopa	66	moxifloxacin hcl	13,122
METHYLDOPA-		MOXIFLOXACIN HCL	13
HYDROCHLOROTHIAZIDE	73	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	122
methylergonovine maleate	118	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	13
methylphenidate hcl	78,79	MRESVIA	112
methylphenidate hcl er	79	MULTAQ	68
methylprednisolone	93	mupirocin	85

mycophenolate mofetil	110
mycophenolate mofetil hcl	110
mycophenolate sodium	110
mycophenolic acid	110
myorisan	81
MYRBETRIQ	92

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf	88
nabumetone	2
nadolol	69
nafcillin sodium	11
nafrinse	86
NAGLAZYME	91
naloxone hcl	6
naltrexone hcl	6
naproxen	2
naproxen dr	2
naproxen sodium	2
naratriptan hcl	27
NATACYN	122
nateglinide	60
NAYZILAM	5
nebivolol hcl	69
necon 0.5/35 (28)	100
NEFAZODONE HCL	22
neo-polycin	120
neo-polycin hc	120
neomycin sulfate	7
neomycin-bacitracin zn-polymyx	120
neomycin-polymyxin-dexameth	121
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	121
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	121
neomycin-polymyxin-hc	124
NERLYNX	38
nevirapine	53
NEVIRAPINE	53
NEVIRAPINE ER	53
nevirapine er	53
NEXPLANON	103
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	76
niacin er (antihyperlipidemic)	76
NIACOR	76
nicardipine hcl	70
NICOTROL	6

NICOTROL NS	6
nifedipine	70
nifedipine er	70
nifedipine er osmotic release	70
nikki	100
nilutamide	30
nimodipine	70
NINLARO	38
nitazoxanide	45
nitisinone	91
NITRO-BID	77
nitrofurantoin macrocrystal	8
nitrofurantoin monohyd macro	8
nitroglycerin	77
NITROSTAT	77
NIZATIDINE	89
nora-be	103
norelgestromin-eth estradiol	100
norethin ace-eth estrad-fe	100
norethin-eth estradiol-fe	100
norethindrone	103
norethindrone acet-ethinyl est	100
norethindrone acetate	103
norethindrone-eth estradiol	100
norgestim-eth estrad triphasic	100
norgestimate-eth estradiol	100
norlyda	103
norlyroc	103
NORMOSOL-M IN D5W	86
nortrel 0.5/35 (28)	100
nortrel 1/35 (21)	100
nortrel 1/35 (28)	100
nortrel 7/7/7	100
nortriptyline hcl	23
NORVIR	56
NovoFine 32G X 6 MM MISC	118
NovoTwist 32G X 5 MM MISC	118
NUBEQA	30
NULYTELY LEMON-LIME	88
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS	88
NUPLAZID	49
NURTEC	27
NUTRILIPID	118
nylia 1/35	100
nylia 7/7/7	101

NYMALIZE.....	70	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	60
nymyo.....	101		
nystatin.....	26	P	
nystatin-triamcinolone.....	84	pacerone.....	68
O		paliperidone er.....	49
ocella.....	101	PANRETIN.....	43
octreotide acetate.....	105	pantoprazole sodium.....	90
OCTREOTIDE ACETATE.....	106	paricalcitol.....	115
ODEFSEY.....	53	paroex.....	80
ODOMZO.....	38	paroxetine hcl.....	22
OFEV.....	128	paroxetine hcl er.....	22
ofloxacin.....	122,124	PAXLOVID (150/100).....	57
OGSIVEO.....	38	PAXLOVID (300/100).....	57
OJEMDA.....	39	pazopanib hcl.....	39
OJJAARA.....	32	PEDIARIX.....	112
olanzapine.....	49	PEDVAX HIB.....	112
olmesartan medoxomil.....	67	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	88
olmesartan medoxomil-hctz.....	73	peg-3350/electrolytes.....	89
olmesartan-amlodipine-hctz.....	73	PEGASYS.....	109
omega-3-acid ethyl esters.....	76	PEMAZYRE.....	39
omeprazole.....	90	PEN NEEDLES.....	118
OMNITROPE.....	89,94	PENBRAYA.....	118
ondansetron.....	25	penicillamine.....	92
ONDANSETRON HCL.....	25	penicillin g potassium.....	11
ondansetron hcl.....	25	PENICILLIN G SODIUM.....	11
ONUREG.....	31	penicillin v potassium.....	11
OPSUMIT.....	127	PENTACEL.....	112
OPVEE.....	118	pentamidine isethionate.....	45
oralone.....	80	pentoxifylline er.....	73
ORGOVYX.....	106	perindopril erbumine.....	67
ORSERDU.....	30	perlogard.....	80
orsythia.....	101	permethrin.....	85
oseltamivir phosphate.....	56	perphenazine.....	24
OSPHENA.....	104	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	21
OTEZLA.....	84,107	PERSERIS.....	49
oxaprozin.....	2	PFIZERPEN.....	12
oxcarbazepine.....	18,19	phenelzine sulfate.....	21
oxybutynin chloride.....	92	phenobarbital.....	17
oxybutynin chloride er.....	92	phenytek.....	19
oxycodone hcl.....	4	phenytoin.....	19
oxycodone-acetaminophen.....	5	phenytoin infatabs.....	19
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	5	phenytoin sodium extended.....	19
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	60	philith.....	101
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	60	PIFELTRO.....	53
		pilocarpine hcl.....	80,123

PIMOZIDE.....	47	prenatal vitamins.....	87
pimtrea.....	101	prevalite.....	76
pindolol.....	69	previfem.....	101
pioglitazone hcl.....	60	PREVYMIS.....	51
pioglitazone hcl-glimepiride.....	61	PREZCOBIX.....	56
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	61	PREZISTA.....	56
piperacillin sod-tazobactam so.....	12	PRIFTIN.....	29
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	39	primaquine phosphate.....	45
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	39	primidone.....	17
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	39	PRIORIX.....	112
pirfenidone.....	128	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	118
PIRFENIDONE.....	128	probenecid.....	27
pirmella 1/35.....	101	prochlorperazine.....	24
pirmella 7/7/7.....	101	prochlorperazine maleate.....	24
piroxicam.....	2	procto-med hc.....	83
PLENVU.....	88	procto-pak.....	83
podofilox.....	84	proctosol hc.....	83
polycin.....	121	proctozone-hc.....	83
polymyxin b sulfate.....	8	progesterone.....	104
polymyxin b-trimethoprim.....	122	PROGRAF.....	110
POMALYST.....	30	PROLASTIN-C.....	91
portia-28.....	101	PROLIA.....	115
posaconazole.....	26	PROMACTA.....	65
potassium chloride.....	86	promethazine hcl.....	24,125
potassium chloride crys er.....	86	propafenone hcl.....	68
potassium chloride er.....	86	propranolol hcl.....	69
potassium chloride in dextrose.....	86	PROPRANOLOL HCL.....	69
potassium chloride in nacl.....	86	propranolol hcl er.....	69
potassium citrate er.....	87	PROPRANOLOL-HCTZ.....	73
pramipexole dihydrochloride.....	46	propylthiouracil.....	106
prasugrel hcl.....	66	PROQUAD.....	112
pravastatin sodium.....	75	protriptyline hcl.....	24
praziquantel.....	44	PULMICORT FLEXHALER.....	125
prazosin hcl.....	66	PULMOZYME.....	127
prednisolone.....	93	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	118
prednisolone acetate.....	122	PURIXAN.....	31
prednisolone sodium phosphate.....	93	pyrazinamide.....	29
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	122	pyridostigmine bromide.....	28
prednisone.....	93	pyridostigmine bromide er.....	28
PREDNISONE INTENSOL.....	94	pyrimethamine.....	45
pregabalin.....	79		
PREHEVBRIO.....	112	Q	
PREMARIN.....	101	qc alcohol.....	84
PREMASOL.....	87	QINLOCK.....	32
premium lidocaine.....	5	QUADRACEL.....	112

quetiapine fumarate	50
quetiapine fumarate er	50
quinapril hcl	67
quinapril-hydrochlorothiazide	73
quinidine sulfate	68
quinine sulfate	45

R

ra isopropyl alcohol wipes	84
RABAVERT	112
rabeprazole sodium	90
raloxifene hcl	104
ramelteon	130
ramipril	67
ranolazine er	73
rasagiline mesylate	46
reclipsen	101
RECOMBIVAX HB	112
relafen	2
RELENZA DISKHALER	56
repaglinide	61
REPATHA	76
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	76
REPATHA SURECLICK	76
RESTASIS	121
RESTASIS MULTIDOSE	121
RETACRIT	65
RETEVMO	39
REVLIMID	30
REXULTI	50
REYATAZ	56
REZLIDHIA	39
REZUROCK	108
RHOPRESSA	123
ribavirin	52
rifabutin	28
rifampin	29
riluzole	79
RIMANTADINE HCL	56
ringers	87
ringers irrigation	118
RINVOQ	108
RINVOQ LQ	108
risedronate sodium	115
risperidone	50

risperidone microspheres er	50
ritonavir	56
rivastigmine	20
rivastigmine tartrate	20
rizatriptan benzoate	27
ROCKLATAN	121
roflumilast	127
ropinirole hcl	46
ropinirole hcl er	46
rosadan	8,9
rosuvastatin calcium	75
ROTARIX	113
ROTATEQ	113
roweepra	15
roweepra xr	16
ROZLYTREK	39
RUBRACA	39
rufinamide	19
RUKOBIA	55
RYBELSUS	61
RYDAPT	40

S

sajazir	107
SANDIMMUNE	110
SANTYL	84
sapropterin dihydrochloride	91
SCEMBLIX	40
scopolamine	24
SECUADO	50
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	118
selegiline hcl	46
selenium sulfide	83
SELZENTRY	55
SEREVENT DISKUS	126
sertraline hcl	23
setlakin	101
sharobel	104
SHINGRIX	113
SIGNIFOR	106
sildenafil citrate	127
SILIGENTLE FOAM DRESSING	119
silodosin	92
silver sulfadiazine	84
SIMBRINZA	123

simliya	101	sulfasalazine	114
simpesse	101	sulindac	2
simvastatin	75	sumatriptan	27
sirolimus	110	sumatriptan succinate	27,28
SIRTURO	29	sumatriptan succinate refill	28
SKYRIZI	108	sunitinib malate	40
SKYRIZI (150 MG DOSE)	108	SUNLENCA	55
SKYRIZI PEN	108	SURE COMFORT PEN NEEDLES	119
SMOFLIPID	119	syeda	101
sodium chloride	87	SYMPAZAN	17
sodium chloride (pf)	87	SYMTUZA	56
sodium fluoride	87	SYNAREL	106
SODIUM OXYBATE	130	SYNJARDY	61
sodium phenylbutyrate	91	SYNJARDY XR	61
sodium polystyrene sulfonate	87	SYNRIBO	40
solifenacin succinate	92	SYNTHROID	105
SOLTAMOX	30		
SOMAVERT	106	T	
sorafenib tosylate	40	TABLOID	31
sorine	68	TABRECTA	40
sotalol hcl	68	tacrolimus	83,111
sotalol hcl (af)	68	tadalafil	92
SPIRIVA RESPIMAT	125	tadalafil (pah)	127
spironolactone	74	TAFINLAR	40
spironolactone-hctz	73	TAGRISSO	41
sprintec 28	101	TALZENNA	41
SPRITAM	16	tamoxifen citrate	31
SPRYCEL	40	tamsulosin hcl	92
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	87	tarina fe 1/20	101
sronyx	101	tarina fe 1/20 eq	101
ssd	84	TASIGNA	41
stavudine	54	tasimelteon	130
STELARA	108	tazarotene	81
sterile water for irrigation	119	TAZICEF	10
STIOLTO RESPIMAT	129	TAZORAC	81
STIVARGA	40	taztia xt	71
STREPTOMYCIN SULFATE	7	TAZVERIK	41
STRIBILD	52	TDVAX	113
subvenite	16	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	119
sucrafate	90	TEFLARO	10
sulfacetamide sodium	122	telmisartan	67
sulfacetamide sodium (acne)	81	telmisartan-amlodipine	73
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	121	telmisartan-hctz	73
sulfadiazine	13	temazepam	130
sulfamethoxazole-trimethoprim	14	TEMIXYS	54

TENIVAC.....	113	tramadol hcl er.....	3
tenofovir disoproxil fumarate.....	54	tramadol-acetaminophen.....	5
TEPMETKO.....	41	trandolapril.....	68
terazosin hcl.....	66	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	74
terbinafine hcl.....	26	tranexamic acid.....	65
terconazole.....	26	tranylcypromine sulfate.....	21
teriflunomide.....	80	travoprost (bak free).....	123
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	115	trazodone hcl.....	23
testosterone.....	94,95	TRECATOR.....	29
testosterone cypionate.....	95	TRELEGY ELLIPTA.....	129
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	95	TRELSTAR MIXJECT.....	106
tetrabenazine.....	79	TRESIBA.....	63
tetracycline hcl.....	14	TRESIBA FLEXTOUCH.....	63
THALOMID.....	30	tretinoin.....	44,81
theophylline er.....	127	TREXALL.....	111
thioridazine hcl.....	47	tri femynor.....	101
thiotepa.....	29	tri-estarylla.....	101
thiothixene.....	47	tri-linyuh.....	102
tiadylt er.....	71	tri-mili.....	102
tiagabine hcl.....	17	tri-nymyo.....	102
TIBSOVO.....	41	tri-previfem.....	102
TICOVAC.....	113	tri-sprintec.....	102
tigecycline.....	9	tri-vylibra.....	102
timolol maleate.....	69,123	triamcinolone acetonide.....	81,83
tinidazole.....	9	triamterene-hctz.....	74
tiotropium bromide monohydrate.....	126	triazolam.....	130
tis-u-sol.....	119	triderm.....	83
TIVICAY.....	52,53	trientine hcl.....	87
TIVICAY PD.....	53	TRIENTINE HCL.....	87
tizanidine hcl.....	51	trifluoperazine hcl.....	47
tobramycin.....	122,127	TRIFLURIDINE.....	122
tobramycin sulfate.....	7	trihexyphenidyl hcl.....	45
tobramycin-dexamethasone.....	121	TRIKAFTA.....	127
TOLAK.....	84	trilyte.....	88
tolterodine tartrate.....	92	trimethoprim.....	9
tolterodine tartrate er.....	92	trimipramine maleate.....	24
topiramate.....	16	TRINTELLIX.....	23
toremifene citrate.....	31	TRIUMEQ.....	54
toremide.....	74	TRIUMEQ PD.....	54
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	63	trivora (28).....	102
TOUJEO SOLOSTAR.....	63	TRIZIVIR.....	54
TPN ELECTROLYTES.....	87	trospium chloride.....	92
TRACLEER.....	128	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	119
TRADJENTA.....	61	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	119
tramadol hcl.....	5	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	119

TRULICITY.....	61	VENCLEXTA STARTING PACK.....	42
TRUMENBA.....	113	venlafaxine hcl.....	23
TRUQAP.....	41	venlafaxine hcl er.....	23
TUKYSA.....	41	VEOZAH.....	79
tulana.....	104	verapamil hcl.....	71
TURALIO.....	41	VERAPAMIL HCL ER.....	71
turqoz.....	102	verapamil hcl er.....	71
TWINRIX.....	113	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	119
TYBOST.....	55	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	120
TYMLOS.....	115	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	120
TYPHIM VI.....	113	VERQUVO.....	74
U		VERSACLOZ.....	51
UBRELVY.....	27	VERZENIO.....	42
UKONIQ.....	41	vestura.....	102
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	119	vienva.....	102
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	119	vigabatrin.....	17
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	119	vigadrone.....	18
unithroid.....	105	VIGAFYDE.....	18
ursodiol.....	89	vigpoder.....	18
V		vilazodone hcl.....	23
valacyclovir hcl.....	57	viorele.....	102
VALCHLOR.....	84	VIRACEPT.....	56
valganciclovir hcl.....	52	VIREAD.....	54
valproate sodium.....	16	VITRAKVI.....	42
valproic acid.....	16	VIZIMPRO.....	42
valsartan.....	67	volnea.....	102
valsartan-hydrochlorothiazide.....	74	VONJO.....	44
VALTOCO 10 MG DOSE.....	17	voriconazole.....	26
VALTOCO 15 MG DOSE.....	17	VOWST.....	120
VALTOCO 20 MG DOSE.....	17	VRAYLAR.....	50
VALTOCO 5 MG DOSE.....	17	vyfemla.....	102
vanadom.....	129	vylibra.....	102
vancomycin hcl.....	9	VYZULTA.....	124
VANDAZOLE.....	9	W	
VANFLYTA.....	41	warfarin sodium.....	64
VAQTA.....	113	WELIREG.....	32
varenicline tartrate.....	6	wera.....	102
varenicline tartrate (starter).....	6	wixela inhub.....	129
varenicline tartrate(continue).....	7	wymzya fe.....	102
VARIVAX.....	113	X	
VAXCHORA.....	113	XALKORI.....	42
VELIVET.....	102	XARELTO.....	64
VENCLEXTA.....	42	XARELTO STARTER PACK.....	64

XATMEP.....	111	zolmitriptan.....	28
XCOPRI.....	16,19	zolpidem tartrate.....	130
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	19	zolpidem tartrate er.....	130
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	19	ZONISADE.....	19
XDEMVY.....	121	zonisamide.....	19
XELJANZ.....	108	zovia 1/35 (28).....	102
XELJANZ XR.....	108	zovia 1/35e (28).....	103
XERMELO.....	89	ZTALMY.....	18
XGEVA.....	115	zumandimine.....	103
XIFAXAN.....	9	ZURZUVAE.....	21
XIGDUO XR.....	61	ZYDELIG.....	43
XIIDRA.....	121	ZYKADIA.....	43
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	56	ZYLET.....	121
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	57	ZYPREXA RELPREVV.....	50
XOLAIR.....	108,109		
XOSPATA.....	42		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	42		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	43		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	43		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	43		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	43		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	43		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	43		
XTANDI.....	30		
xulane.....	102		
Y			
YF-VAX.....	113		
yuvafem.....	102		
Z			
zafemy.....	102		
zafirlukast.....	125		
zaleplon.....	130		
zarah.....	102		
ZARXIO.....	65		
ZEJULA.....	43		
ZELBORAF.....	43		
zenatane.....	82		
zidovudine.....	54		
ziprasidone hcl.....	50		
ziprasidone mesylate.....	50		
ZIRGAN.....	122		
zoledronic acid.....	115		
ZOLINZA.....	32		

បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមលក្ខណៈរាគមន៍

ANALGESICS	1
ANESTHETICS	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS	6
ANTIBACTERIALS	7
ANTICONVULSANTS	14
ANTIDEMENTIA AGENTS	19
ANTIDEPRESSANTS	20
ANTIEMETICS	24
ANTIFUNGALS	25
ANTIGOUT AGENTS	27
ANTIMIGRAINE AGENTS	27
ANTIMYASTHENIC AGENTS	28
ANTIMYCOBACTERIALS	28
ANTINEOPLASTICS	29
ANTIPARASITICS	44
ANTIPARKINSON AGENTS	45
ANTIPSYCHOTICS	47
ANTISPASTICITY AGENTS	51
ANTIVIRALS	51
ANXIOLYTICS	57
BIPOLAR AGENTS	59
BLOOD GLUCOSE REGULATORS	59
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS	63
CARDIOVASCULAR AGENTS	66
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	77
DENTAL AND ORAL AGENTS	80
DERMATOLOGICAL AGENTS	81
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	85
GASTROINTESTINAL AGENTS	88
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT	90
GENITOURINARY AGENTS	91
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)	93
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)	94
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)	94
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)	104
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)	105
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)	106
IMMUNOLOGICAL AGENTS	106

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS	113
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS	114
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	115
OPHTHALMIC AGENTS	120
OTIC AGENTS	124
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	124
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS	129
SLEEP DISORDER AGENTS	130



សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការរើសអើងគឺជួយនឹងច្បាប់។ គម្រោងសុខភាព Blue Shield of California អនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋនិងច្បាប់ស៊ីវិលសហព័ន្ធដែលមានជាធរមាន និងមិនរើសអើងលើជាតិសាសន៍ សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ពូជពង្ស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពគ្រួសារ ការមានផ្ទៃពោះ បុលកូខណ្ឌដែលទាក់ទងគ្នា លក្ខណៈភេទ ផ្នត់គំនិតភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ឬ ពិការភាពឡើយ។ Blue Shield of California មិនបដិសេធ ឬមិនប្រព្រឹត្តិចំពោះពួកគេខុសពីអ្នកដទៃ ដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ពូជពង្ស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពគ្រួសារ ការមានផ្ទៃពោះ បុលកូខណ្ឌដែលទាក់ទងគ្នា លក្ខណៈភេទ ផ្នត់គំនិតភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ឬពិការភាពឡើយ។

Blue Shield of California ផ្តល់ជូននូវ៖

- ជំនួយ និង សេវាកម្មមិនគិតថ្លៃចំពោះមនុស្សដែលមានពិការភាពក្នុងការទំនាក់ទំនងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
 - ✓ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ជាដែលមានសមត្ថភាព
 - ✓ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេង (អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - ✓ អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានសមត្ថភាព
 - ✓ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield of California តាមលេខនៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាគម្រោង Blue Shield of California បានខកខានក្នុងការផ្តល់ជូននូវសេវាទាំងនេះ ឬធ្វើការរើសអើងតាមរូបភាពណាមួយដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ពូជពង្ស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពគ្រួសារ ការមានផ្ទៃពោះ បុលកូខណ្ឌដែលទាក់ទងគ្នា លក្ខណៈភេទ ផ្នត់គំនិតភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ឬពិការភាព អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខទៅកាន់៖

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
ទូរសព្ទ៖ (844) 831-4133 (TTY: 711)
ទូរសារ៖ (844) 696-6070
អ៊ីមែល៖ BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដោយផ្ទាល់មាត់តាមរយៈសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលមាននៅដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងពីសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ U.S. Department of Health and Human Services (ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាកម្មមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក) ទៅកាន់ ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈ ផ្នត់ចលបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលដែលមាននៅតាមអាសយដ្ឋាន <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសព្ទ៖

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
ទូរសព្ទ 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

បែបបទពាក្យបណ្តឹងមាននៅ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> ។

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Dít ats'ííis baa áháyá'éeí doodago azee' bee aa áháyá'bína'ídíílkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-452-4413 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Dít t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਵੇਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਆਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់

សេវានេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។
សេវានេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ վրա հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կառուցվածքի և կապիտալի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցի և պատասխանների համար: Թարգմանիչ ծառայությունը անվճար է: Թարգմանչական ծառայությունը 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունը անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کفایت با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี



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: Զանգահարեք **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:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-452-4413**

(TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ 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.

ພາສາມຼຸດຊາກສາໄຊ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ

1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់
ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413** (TTY:711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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 ТТУ: **1-800-452-4413**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

เท็กไลน์ภาษาไทย (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

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.

A56419DSN_0724 H2819_24_452B_C Approved 08052024

បញ្ជីឈ្មោះឱសថត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 10/01/2024 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗបន្ថែមទៀត
ឬសំណួរផ្សេងៗ សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ
(800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ
គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ។

