

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- 10/24

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 ផ្តាស់ប្តូរច្បាប់របស់គម្រោងអំពីរបៀបដែលខាងគម្រោងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន (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. តើវាយុវប្បណា 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: Չանգահարեք 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 ។



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 nzoih 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 អេស៉្បាញ 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 ។



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។

- អ្នកអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថក្នុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង 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 ឬថាតើត្រូវស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងដៃរបស់យើងណានោះ។

ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានជាសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរតិចជាងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃនោះ 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 (លុះត្រាតែអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ពីរបីថ្ងៃ) 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។ ការសម្រេចនេះគឺជាសំរាប់ហិស្តរី។ 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) ។



ប្តូរវិធី។

ឱសថដែលមិនអាចស្វែងរកបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា 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 ។ សូមយកប័ណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបានផលរបស់ 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។

៧. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមលក្ខណៈរោគ

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានគេដាក់ជាក្រុមៗទៅតាមប្រភេទ 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។ កម្រិតឱសថប្រចាំថ្ងៃជាអតិបរិមាត្រូវបានកំណត់ដោយ 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. លិខិតក្រុមនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

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	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីអេស)	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	

**អនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នថ្មីសថនៃកំហិតមានសុពលភាពចាប់ពីថ្ងៃចេញផ្សាយនៃកំណត់ត្រាសុពលភាពនៃអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នថ្មីសថនៃកំហិត
ជាយូរមកហើយ។ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លែងប្លែងថ្នល់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	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

**អនុករណបសុវចន្ត្រៃក្រឹត្យស្ថាប័នសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃវិស័យសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃ
 ជាយថ្នល់ទីក្រុងភ្នំពេញ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
ACETAMINOPHEN-CODEINE (120-12 MG/5ML SOLUTION, 300-30 MG/12.5ML SOLUTION)	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate (1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle, 400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle)</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថ និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ តាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងារសុខាភិបាល ឬការប្រឹក្សាពីគ្រូពេទ្យ។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (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 និងបំបាត់ការឈឺចាប់
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់នេះ។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថែទាំសុខភាព (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	QL (1000 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANESTHETICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថែទាំសុខភាព (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើលិខិតអនុញ្ញាតការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 4-1 mg film)</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
OPIOID REVERSAL AGENTS		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	Tier 2	QL (2 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)

**អនុករណបសុវចន្តករកំណត់បរិមាណសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យល់ដឹងមិត្តភក្តិសង្គមក្រុមគ្រួសារនិងអ្នកសរុបក្នុងស្ថានភាពនេះ
 ជាយូរមកនូវការទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់ដំលែរបរិមាណផ្សេងៗក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

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

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នល់ឱសថក្នុងការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងគ្រឹះស្ថានពេទ្យ
 ជាមួយការណែនាំពីគ្រូពេទ្យ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នល់ឱសថក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លំដាប់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	

អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានប្រព័ន្ធធានាសុខភាព និង ការគ្រប់គ្រងឱសថ
ជាយកម្មសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទដ្ឋានថ្នាំថ្មី (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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហមុនី និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហមុនី
ជាយូរមកទៅកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefpodoxime proxetil (100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab, 50 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	Tier 5	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករោចសុវចន្តរាជ្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហមុនី និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហមុនី
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការក្នុងនាម
ហ៊ុយអានការពនុយល់ជនៃប្រាសាទផ្សារក្រុងស្រះចេកក្នុងពេលនេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសាសន៍ក្នុងការប្រើប្រាស់
ជាយថ្នាប្រចាំថ្ងៃ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបង្គាប់ប្រើឱសថ អុី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PFIZERPEN (20000000 UNIT RECON SOLN, 5000000 UNIT RECON SOLN)	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	Tier 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 4	
DIFICID 200 MG TAB	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺឱ្យបានលម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។
ជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថស្ថានព្យាបាលអន្តរកាលសម្រាប់កុលសម្ព័ន្ធនៃ
ជាយថ្នលទ្ធករកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (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	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (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)

អនុករាជសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ អនក្រ.ជស ថ្ងៃទី ២៤ ខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០១៧ អំពីការកំណត់លីការប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត របស់ថ្នាំប្រើប្រាស់ប្រកបដោយស្ថេរភាព និងគុណភាពខ្ពស់

ហើយអនុករាជសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ អនក្រ.ជស ថ្ងៃទី ២៤ ខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០១៧ អំពីការកំណត់លីការប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត របស់ថ្នាំប្រើប្រាស់ប្រកបដោយស្ថេរភាព និងគុណភាពខ្ពស់

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>roweepra (1000 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>roweepra xr 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>roweepra xr 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>topiramate (100 mg tab, 15 mg cap sprink, 200 mg tab, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 3	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរោគចិត្តស្រដៀងគ្នាជាមួយគ្នា និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់៖។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
LIBERVANT (10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM, 5 MG FILM, 7.5 MG FILM)	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិសម្រាប់ការវាយតម្លៃថ្នាំឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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 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	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	

**អ្នកអាចសួរចំណុះក្រុមការងារសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់នេះ
ជាមួយមន្ត្រីក្រុមការងារសុខាភិបាល <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំប្លែងថ្នាំឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំប្លែងថ្នាំឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដើម្បីស្វែងយល់ពីការប្តូរថ្នាំឱសថ និងការកំណត់លើការប្តូរមុន
 ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹត្តិការណ៍ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អុធិ (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 អុធិ (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
 ជាមួយប្រពន្ធក្នុងកំណត់ការ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រប្រើប្រាស់និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការកំណត់កំហិតនៃ៖
ជាយថ្នាលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (អ៊ីនធឺណេត)	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៖
ជាយូរមកទៅក្នុងការព្យាបាល <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទដ្ឋានថ្នាំថ្មីសថ អថ្មី (អ៊ីតថ្នាំ)	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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្មីសថ
ជាយថ្នាប្រើប្រាស់ក្នុងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ហើយអនុវត្តការពន្យល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតដល់ក្រុមគ្រូពេទ្យសម្រាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្មីសថ។**

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)

**អនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី ១៤ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០១៧ អំពីការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត
នៃឱសថស្ថានប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺមហារីក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត
ហើយអនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី ១៤ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០១៧ អំពីការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត
នៃឱសថស្ថានប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺមហារីក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត**

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបឋមបំប្លែងឱសថ អុី (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	ឈមុនកត្តិបឋមបំប្លែងឱសថ អុី (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	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នេហា និងអ្នកសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការងារ
ជាមួយទូរស័ព្ទកំរិតទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទដ្ឋានថ្នល់ឱសថ អថ្មី (កម្រិតថ្នល់)	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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទស្របនឹងវិធានការណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិ និងអនុសញ្ញាសុខាភិបាលស្ថិតិ
ជាយុទ្ធសាស្ត្រកំណត់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIGOUT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កជំងឺឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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 ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឱសថមុនី
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	

អនុករណបសុវចនៃករណីធានាសុខភាពអតិថិជនសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនិងអគ្គនាយកដ្ឋានការពារសុខភាពក្រុមគ្រួសារនៃ
 ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	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
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	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

អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នល់ឱសថអ៊ីតិកាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ
 ជាយថ្នល់ទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (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

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្របច្បាប់និងអកុសលភាពនៃកម្មសុខាភិបាលនេះ
ជាមួយមន្ត្រីកំណត់ត្រា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (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 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	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នេហា និងអ្នកសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាល៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាល៖

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
ENZYME INHIBITORS		
TRUQAP (160 MG TAB THPK, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមហារីកក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអនុសញ្ញាស្រាវជ្រាវ និងអនុសញ្ញាស្រាវជ្រាវស្រុកក្នុងការព្យាបាល៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមហារីកក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអនុសញ្ញាស្រាវជ្រាវ និងអនុសញ្ញាស្រាវជ្រាវស្រុកក្នុងការព្យាបាល៖។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីក និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីក។
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីក និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមហារីក។

ANTINEOPLASTICS

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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើងតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្នុងការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើង។
ជាមួយនឹងការទាក់ទងទៅក្នុងការពិគ្រោះយោបល់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើង។

ANTINEOPLASTICS

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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហ៊ីយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់សម្រាប់កម្រិតថ្លៃឱសថនេះ។**

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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីក និងក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីក។
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រឆាំងមហារីកផ្សេងៗទៀត។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	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 320 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នេហា និងអ្នកសម្រាប់កុំឱ្យការព្រួយបារម្ភ
ជាមួយប្អូនប្រពន្ធខ្មែរ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យល់នៃមិត្តភក្តិស្រព្វកាលនិងអកុសរកាតនាំកុនុខការពន្លះ
ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យល់នៃមិត្តភក្តិស្របច្បាប់និងអ្នកសរសេរក្នុងក្រុមការងារនេះ
ជាយូរឆ្នាំក្នុងទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ (ក្រិតូស្តា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
TAGRISO (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

**អ្នកអានស្នងចំណែកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរជាតិសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតខ្ពស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺមហារីក
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតខ្ពស់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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, 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
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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ការព្យាបាលមហារីកដោយប្រើប្រាស់កម្រិតថ្នាក់ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រគេហទំព័រសុខាភិបាលកម្ពុជា និងគេហទំព័រសុខាភិបាលកម្ពុជា។
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
<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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺក្នុងប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍សុខភាពអ្នកជំងឺក្នុងប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍សុខភាព
ជាមួយប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍សុខភាពអ្នកជំងឺក្នុងប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍សុខភាពអ្នកជំងឺក្នុងប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍សុខភាព
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</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)
<i>hydroxychloroquine sulfite 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសាសន៍ក្នុងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIPARASITICS

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

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ (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	
<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	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងករណីនេះ
 ជាយថ្ងៃទីកំណត់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្តល់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	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	

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រើប្រាស់ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយគ្នាទៅនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសខ្មែរ (ភីអិចស៊ីត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
<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

អនុករណបសុវចន្ត្រក្រឹត្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហមុនីរ័ត្នស្ថាប័នសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងផ្នែកសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរថ្នាំ
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
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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរាគមន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវ និងអន្តរាគមន៍រវាងថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវ និងថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវដទៃទៀត។
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវនេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
<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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថនីមួយៗនៅលើគេហទំព័រព័ត៌មានសុខាភិបាលរបស់យើង។
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថនីមួយៗនៅលើគេហទំព័រព័ត៌មានសុខាភិបាលរបស់យើង។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
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

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអនុវត្តការពន្យល់ដល់ប្រជាជនដែលកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថច្បាប់។**

ANTISPASTICITY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្នាំឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្នាំឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 4	QL (18 PER 1 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<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)
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)

**អនុករណបសុវចន្តក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍
ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
<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)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្នាំប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ក្នុងស្ថានភាពស្ថេរៈ
ជាយថ្នាំប្រយោជន៍ក្នុងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ <xiv>
ហើយអនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្នាំប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយោជន៍សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ក្នុងស្ថានភាពស្ថេរៈ។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍
ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ ត្រូវតែអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងប្រើប្រាស់តាមការណែនាំ
ជាមួយចូលនូវការពិនិត្យ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពស្របច្បាប់។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតអនុសាសន៍នៃការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទិន្នន័យ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (20 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
BENZODIAZEPINES		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	Tier 3	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)

អនុករណបសុវចន្ត្រៃកេរ្តិ៍បារមសុតិពិអត្ថថល័យនលីមិភត្តសុញញ្ញានិចអកុសកោតនកុនុខតារាណនៈ
ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
ហ័យអានការពនុយល់លៃបារមផុដល់កុនុខសចេកុដីពនុយល់នៈ។

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 3	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

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

អនុករាជសុវចន្តរាជ្យក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការបញ្ជាក់ពីការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់លីការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីនតឺណាត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
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)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតបង្គាប់ថ្លៃឱសថអន្តរជាតិ
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
<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)

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដទៃទៀត ដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថនេះ។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថនេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមប្រឹក្សាថ្នាំ (ក្រុមថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រគេហទំព័ររបស់យើង ឬសួរគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នក។
ជាមួយនឹងការដាក់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំទាំងនេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លំដាប់តម្លៃបច្ចុប្បន្ន (ត្រីភាព)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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)

**អនុករណីបទសុំចែកចំណែកឱសថត្រីភាពសម្រាប់ប្រជាជនចំណាត់ថ្នាក់ទាប និងអ្នកមានចំណូលទាប
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអនុញ្ញាតឱ្យយល់ពីលទ្ធផលនៃការផ្តល់ឱសថសម្រាប់ប្រជាជនទាបៗ។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិបថ្នាំថ្នល់ឱសថ អន្តរជាតិ (កំរិតថ្នល់)	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)
<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	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្នល់ឱសថ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

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

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
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)
<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	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
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)

អនុករោចសុវចន្តៈ ខេត្តកំពង់ចាម សុភ័ក្តិ អគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និង អនុសេនាត្រីកូលស្តាវីត្រី ក្នុងនាមនៃ
ដ្ឋានប្រឹក្សាឱសថ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពកម្រិតថ្លៃឱសថស្ថានសុខភាពសាធារណៈ
ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអនុវត្តការពន្យល់ដល់ថ្លៃឱសថស្ថានសុខភាពសាធារណៈ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនិច្ចប្រយោជន៍ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<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	
<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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ អ៊ី (អ៊ីអេស៊ី)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfate (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	
<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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាមួយគ្នាជាមួយឱសថដទៃទៀត ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានឱសថ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិបថបង្កើនថ្លៃឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស្តង់ស៊ីវ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

អនុករណបសុវចនៃកំណត់ប្រាក់សុវតិភ័យអនុវត្តន៍យល់នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអនុសាសន៍ក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នកដោយទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងការដាក់កំហិតសម្រាប់ថ្នាំទាំងនេះ។
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំទាំងនេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី (កម្រិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តយល់ព្រមលើការកែសម្រួលតារាងតម្លៃថ្នល់ឱសថស្ថានភាពសុខាភិបាលក្រុង
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតថ្នាក់ទី៤ និងទី៥
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភាពស្នាក់នៅក្នុងស្ថានភាពសុខភាព
ជាមួយប្រជាជនកម្ពុជា <xiv>
ហើយអនុវត្តការងាររបស់ខ្លួនដើម្បីជួយប្រជាជនកម្ពុជាឱ្យមានសុខភាពល្អប្រសើរ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ដោយចូលទៅក្នុងទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសនៃឱសថ អ៊ី (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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 (ANTHYPERLIPIDEMIC) 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)

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
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)

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុខភាពសុខភាពស្ថិតិអត្តសញ្ញាណនិងអកុសកោតនវត្តនុត្តរករណៈ
ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

អនុករាជសុវចន្តរាជ្យក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការបញ្ជាក់ពីការបញ្ជាក់និងអនុវត្តការដាក់កំហិតនៃ
ជាយថ្នល់ឱសថកំហិត <xiv>
ហើយអនុវត្តការពន្យល់ដល់ប្រជាជនផ្តល់កំហិតសម្រាប់ប្រើប្រាស់នេះ។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អនុ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lisdexamphetamine 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)
<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	

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នថ្មីសថនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអនុសញ្ញាសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអនុសញ្ញាសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាលនៃក្រសួងសុខាភិបាល
 ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>adapalene 0.1 % cream</i>	Tier 4	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	Tier 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % gel</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	Tier 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	Tier 4	
TAZORAC 0.05 % CREAM	Tier 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	Tier 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ ភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</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

**អនុករណបសុវចន្តរាជ្យក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់
ដោយចូលទៅក្នុងកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាយថ្នាប្រយោជន៍ក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	Tier 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថសាស្ត្រសម្រាប់ជំងឺស្បែក និងជំងឺឈាមស្បែក
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>erythromycin 2 % gel</i>	Tier 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Tier 2	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose (10 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 4	
<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	

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភិក្ខុអត្ថប្រយោជន៍នៃវិទ្យាសាស្ត្រព្យាបាលអនុសរោគាត់នៃកុលសម្ព័ន្ធនៃសហគ្រាស
ជាយុទ្ធសាស្ត្រការពារកុលសម្ព័ន្ធនៃសហគ្រាស <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថអតិបទ្រង់ឱសថនៃមិត្តភក្តិស្នងការនិងអកុសកោតនវកុនុខការពលៈ
ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិបត្តិបង្គាប់ថ្នលឱសថ អូធី (កំរិតថ្នល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	

GASTROINTESTINAL AGENTS

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

អនុករោចសុវចនៃកំរិតធានាសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យល់នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអនុសាសន៍កំរិតថ្នលនៃ
ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	Tier 3	
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosectron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)</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

**អនុករណីបច្ចុប្បន្ននៃកម្រិតថ្នាក់ឱសថត្រូវបានកំណត់ដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអនុសញ្ញាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់
ជាមួយទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
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	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារពិចារណា និងអនុម័តលើកិច្ចសន្យាសេវាផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជំងឺ ជាមួយក្រុមហ៊ុនកំណត់ ^{<xiv>} ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងក្របខណ្ឌសេវាថែទាំសុខភាពជំងឺ។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា 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
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 28 DAYS)
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារ និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយបទដ្ឋានថ្លៃសេវាអ្នក ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្តីប្តីរាស់
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្តីប្តីរាស់
ANTISPASMODICS, URINARY		
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	Tier 3	
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណនិងអកុសកោតនូវកុលសម្ព័ន្ធនេះ
ជាយូរឆ្នាំក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>trospium 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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ (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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសុខាភិបាលសុខភាពសាធារណៈក្នុងស្រុកស្រុកក្រុង និងស្ថាប័នសុខាភិបាលស្រុកក្រុង និងស្ថាប័នសុខាភិបាលស្រុកក្រុង
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រើប្រាស់ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាមួយគ្នានឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រើប្រាស់នេះ។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

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

អនុករោចសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមលើការកែសម្រួលតារាងថ្លៃសេវា និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃសេវា ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតខ្ពស់ និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតទាប
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតខ្ពស់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle-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	
<i>elonest 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	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពកម្រិតថ្នាក់ឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុវត្ថិភាពសុខាភិបាល និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កម្រិតថ្នាក់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពសុខាភិបាល។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុករណ៍សុវចន្ទវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទស្របនឹងវិធានការណ៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក
ជាមួយការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងផ្នែកសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំគ្រប់គ្រងកម្រិតហ្វូលីក្លូតូស៊ីត និងអ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែម
ជាមួយប្រព័ន្ធការព័ន្ធនៃស្ត្រី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចនៃថ្នាំគ្រប់គ្រងកម្រិតហ្វូលីក្លូតូស៊ីតនេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះផលិតផលបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណបសុវចន្តៈក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសហប្រតិបត្តិការសុខាភិបាល
ជាមួយប្រជាជនកម្ពុជា <xiv>
វិស័យអនាម័យសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសហប្រតិបត្តិការសុខាភិបាល**

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

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

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ
 ជាយថ្នកកំណត់ទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ដឹងមិត្តភក្តិស្នាក់នៅអនុសរកាត់នូវកុលខត្តាពលៈ
ជាយថ្នូរនូវការទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រទេសផ្សេងៗកុលខសេកុដ៏ពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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	

**អនុករណបសុវចន្ត្រៃកព័ត៌មានសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រសុព្វញ្ញាណិកអកុសរកាត់ស្រីកុលុខកាណនៈ
ជាយថ្នូលទៅកាន់ទីក្រុង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rалoxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថអនុកតិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ
 ជាយថ្ងៃទីកំរិតថ្នាក់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រើប្រាស់ទាំងនេះបាននៅទីកន្លែងខាងក្រោម៖
ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះភីមីយ៉ាតឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	ឈ្មោះភីមីយ៉ាតឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	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	ឈ្មោះភីមីយ៉ាតឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	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)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

អនុករណីសុវត្ថិភាពសុខភាពសាធារណៈ គឺជាប្រយោជន៍សម្រាប់ការការពារសុខភាពសាធារណៈ
 ជាយូរអង្វែងទាំងអស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការបញ្ជាក់ពីការបញ្ជាក់និងអនុវត្តការងារក្នុងការងារនេះ
ជាមួយមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្តល់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរាគមន៍ និងជំងឺរាគមន៍
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសង្កេតស្រាវជ្រាវ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃថ្នាំ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំសង្កេតស្រាវជ្រាវនេះ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	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	
<i>methotrexate sodium (1 gm recon soln, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	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

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរាងកាយ និងជំងឺប្រព័ន្ធការពារ និងជំងឺប្រព័ន្ធការពារផ្សេងៗទៀត
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។

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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖
ជាយូរមកទៅការដាក់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវនេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (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	
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	
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

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភ្នំពេញស្ថិតិអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនិងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	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, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	Tier 3	
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	
YF-VAX INJECTABLE	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
DIPENTUM 250 MG CAP	Tier 5	PA
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)

អនុករោចសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាលនៃក្រុងភ្នំពេញ និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
 ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	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
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារពិភាក្សា និងអនុវត្តការងារក្នុងការកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់
ជាយថ្នាប្រចាំឆ្នាំនៃឆ្នាំ ២០២៤ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្នាំថ្មីស្របច្បាប់ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្នាំថ្មីស្របច្បាប់ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអនុករណ៍ពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>argyle sterile water solution</i>	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នងការនិងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
ជាមួយនិងការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
ហ៊ុយអានការពន្យល់ដល់ប្រជាជនក្នុងស្ថានភាពសុខភាពសេដ្ឋកិច្ចពន្យល់នេះ។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងករណីដែលមានការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាយថ្នាលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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 (X1/2" 0.5 ML MISC, X1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានពេទ្យសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញបានតាមរយៈ
 ជ័យជំនះក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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	
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)

អនុករណបសុវចនាភ័យសុភ័យអគ្គល័យនៃវិទ្យាសាស្ត្រព្យាបាលជំងឺកំហិត
 ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី (អ៊ីតេឡាត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<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	
<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)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ហើយអនុវត្តន៍យន្តការនៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000- 0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយថ្នាប្រយោជន៍ក្រសួងសុខាភិបាល <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML 0.1 % OINTMENT	Tier 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)</i>	Tier 3	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	Tier 4	
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 2	
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	

**អនុករណបសុវចន្ត្រក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមលើការកែសម្រួលតារាងបញ្ជីឱសថ និងអនុសញ្ញាដាក់កំហិតក្នុងតារាងនេះ
ជាយថ្ងៃទី ១៧ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០២១ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	Tier 4	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	Tier 3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ និង ក្រុមការងារកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់
 ជាយថ្នូលទៅក្នុងទំព័រ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

OTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5- 10000-1 suspension)</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (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
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
<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

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមលើការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

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

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តយល់ព្រមលើមតិសុំបញ្ជាក់ការកំណត់ថ្នាំក្នុងតារាងនេះ
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការទំនើប <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណនិងអកុសកាត់កម្រិតការពារ
ជាយូរឆ្នាំក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)
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)

អនុករណបសុវចន្តក្រឹត្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអនុវត្តន៍យន្តការនៃវិធានការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកូវីដ-១៩ និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងជំងឺកូវីដ-១៩
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងជំងឺកូវីដ-១៩។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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>breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	

អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថស្ថានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសម្រាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺសួត និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការកំណត់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់៖
ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រយោជន៍ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រយោជន៍ (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)

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រយោជន៍ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SLEEP PROMOTING AGENTS		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិ និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ រាជធានីភ្នំពេញ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អថ្មី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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
ជាយូរមកក្នុងករណីទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងក្រុមប្រឹក្សាប្រឹក្សាសុខាភិបាល។**

លិខិតឈ្មោះថ្នាំសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ

A

abacavir sulfate	53	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	125
abacavir sulfate-lamivudine	53	albuterol sulfate	126
abacavir-lamivudine-zidovudine	53	albuterol sulfate hfa	126
ABELCET	25	alclometasone dipropionate	81
ABILIFY ASIMTUFII	47	ALCOHOL 70% PADS	115
ABILIFY MAINTENA	47	ALCOHOL PREP	115
abiraterone acetate	29	ALCOHOL PREP PADS	115
ABRYSVO	111	ALCOHOL SWABSTICK	116
acamprosate calcium	6	alcohol wipes	83
acarbose	59	ALDURAZYME	90
accutane	80	ALECENSA	32
acebutolol hcl	68	alendronate sodium	114
ACETAMINOPHEN-CODEINE	3	ALENDRONATE SODIUM	114
acetaminophen-codeine	3	alfuzosin hcl er	92
acetazolamide	71	aliskiren fumarate	71
acetazolamide er	122	allopurinol	27
acetic acid	123	alosetron hcl	88
acetylcysteine	128	alprazolam	57
acitretin	80	alprazolam er	57
ACTHIB	111	alprazolam xr	57
ACTIMMUNE	109	altavera	95
acyclovir	56,84	ALUNBRIG	32
acyclovir sodium	56	alyacen 1/35	95
ADACEL	111	alyacen 7/7/7	95
adapalene	81	alyq	127
adefovir dipivoxil	51	amantadine hcl	45
ADEMPAS	127	ambrisentan	127
ADVAIR HFA	128	amethia	95
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	115	amethia lo	95
afirmelle	95	amikacin sulfate	7
AIMOVIG	27	amiloride hcl	74
ak-poly-bac	120	amiloride-hydrochlorothiazide	71
AKEEGA	31	amiodarone hcl	67
ala-cort	81	amitriptyline hcl	23
albendazole	44	amlodipine besy-benazepril hcl	71
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	125	amlodipine besylate	69
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	125	amlodipine besylate-valsartan	71
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	125	amlodipine-atorvastatin	71
		amlodipine-olmesartan	71
		amlodipine-valsartan-hctz	71
		ammonium lactate	81
		amnestem	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	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.....	45	avidoxy.....	14
apraclonidine hcl.....	123	ayuna.....	95
aprepitant.....	24	AYVAKIT.....	33
apri.....	95	azathioprine.....	109
APTIOM.....	18	AZATHIOPRINE SODIUM.....	109
APTIVUS.....	55	azelastine hcl.....	121,124
AQ INSULIN SYRINGE.....	116	azithromycin.....	12
AQINJECT PEN NEEDLE.....	116	AZITHROMYCIN.....	12
aranelle.....	95	aztreonam.....	7
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	64	azurette.....	95
ARCALYST.....	107		
AREXVY.....	111	B	
argyle sterile water.....	116	bac.....	78
ARIKAYCE.....	7	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	120
aripiprazole.....	47	BACITRACIN.....	121
ARISTADA.....	47	bacitracin-polymyxin b.....	120
ARISTADA INITIO.....	48	baclofen.....	51
armodafinil.....	130	balsalazide disodium.....	113
ARNUIITY ELLIPTA.....	124	BALVERSA.....	33
asenapine maleate.....	48	balziva.....	95
ashlyna.....	95	BAQSIMI ONE PACK.....	61
aspirin-dipyridamole er.....	65	BAQSIMI TWO PACK.....	61
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	116	BARACLUDGE.....	51
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.....	71	MISC.....	116
atomoxetine hcl.....	78	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM	
atorvastatin calcium.....	74	MISC.....	116
atovaquone.....	44	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM	
atovaquone-proguanil hcl.....	44	MISC.....	116
atropine sulfate.....	88,120		

BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRUKINSA	33
MISC	116	budesonide	114,124
bekyree	95	budesonide er	114
benazepril hcl	66	budesonide-formoterol fumarate	128
benazepril-hydrochlorothiazide	71	bumetanide	73
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	81	buspironone hcl	57
betamethasone dipropionate aug	81,82	butalbital-apap-caffeine	78
betamethasone valerate	82	butalbital-aspirin-caffeine	1
BETASERON	79	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	1
betaxolol hcl	68,122	butorphanol tartrate	3
bethanechol chloride	92		
bexarotene	43	C	
BEXSERO	111	CABENUVA	54
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	83
bimatoprost	123	CALCITRIOL	83,114
BIOGUARD GAUZE SPONGES	116	calcitriol	114
bisoprolol fumarate	68	CALQUENCE	33
bisoprolol-hydrochlorothiazide	71	camila	102
blisovi fe 1.5/30	95	camrese	95
blisovi fe 1/20	95	camrese lo	96
BOOSTRIX	111	candesartan cilexetil	66
bosentan	127	candesartan cilexetil-hctz	71
BOSULIF	33	CAPLYTA	48
BRAFTOVI	33	CAPRELSA	33
BREO ELLIPTA	128	captopril	67
breyna	128	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	72
BREZTRI AEROSPHERE	128	carbamazepine	18
briellyn	95	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	45
BRIVIACT	14	CARETOUCH ALCOHOL PREP	116
bromocriptine mesylate	45	carglumic acid	90

carisoprodol.....	129	ciprofloxacin.....	13
CARTEOLOL HCL.....	122	ciprofloxacin hcl.....	13
cartia xt.....	69	CIPROFLOXACIN HCL.....	123
carvedilol.....	68	ciprofloxacin in d5w.....	13
carvedilol phosphate er.....	68	ciprofloxacin-dexamethasone.....	123
caspofungin acetate.....	25	citalopram hydrobromide.....	22
cataflam.....	1	claravis.....	81
CAYSTON.....	7	CLARITHROMYCIN.....	12
caziant.....	96	clarithromycin.....	12
CEFACLOR.....	9	clarithromycin er.....	12
cefadroxil.....	9	clindamycin hcl.....	7
cefazolin sodium.....	9	clindamycin palmitate hcl.....	7
cefdinir.....	9	clindamycin phos-benzoyl perox.....	81
CEFEPIME HCL.....	9	clindamycin phosphate.....	7,8,84
cefixime.....	10	clindamycin phosphate in d5w.....	8
cefotetan disodium.....	10	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	8
cefoxitin sodium.....	10	clobazam.....	16
cefpodoxime proxetil.....	10	clobetasol prop emollient base.....	82
cefprozil.....	10	clobetasol propionate.....	82
ceftazidime.....	10	clobetasol propionate e.....	82
ceftriaxone sodium.....	10	clomipramine hcl.....	23
cefuroxime axetil.....	10	clonazepam.....	57,58
cefuroxime sodium.....	10	clonidine.....	65
celecoxib.....	1	clonidine hcl.....	65
cephalexin.....	10	clopidogrel bisulfate.....	65
cetirizine hcl.....	124	clorazepate dipotassium.....	58
cevimeline hcl.....	80	clotrimazole.....	25
chateal.....	96	clotrimazole-betamethasone.....	83
chateal eq.....	96	clovique.....	87
CHEMET.....	87	clozapine.....	50
chlorhexidine gluconate.....	80	COARTEM.....	44
chloroquine phosphate.....	44	CODEINE SULFATE.....	3
chlorpromazine hcl.....	46	codeine sulfate.....	3
chlorthalidone.....	74	colchicine.....	27
cholestyramine.....	75	colchicine-probenecid.....	27
cholestyramine light.....	75	colesevelam hcl.....	75
ciclodan.....	84	colestipol hcl.....	75
ciclopirox.....	84	colistimethate sodium (cba).....	8
ciclopirox olamine.....	84	COMBIVENT RESPIMAT.....	128
cilostazol.....	65	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	34
CILOXAN.....	13	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	34
CIMDUO.....	53	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	34
cimetidine.....	89	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	116
cinacalcet hcl.....	115	COMPLERA.....	52
CIPRO HC.....	123	compro.....	24

constulose.....	87	decadron.....	92
COPIKTRA.....	34	deferasirox.....	87
CORLANOR.....	72	DELSTRIGO.....	52
CORTIFOAM.....	114	delyla.....	96
CORTISONE ACETATE.....	92	DENGVAXIA.....	111
CORTISPORIN-TC.....	124	DEPO-ESTRADIOL.....	96
CORTROPHIN.....	92	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	103
COSENTYX.....	107	depo-testosterone.....	94
COSENTYX (300 MG DOSE).....	107	DERMOTIC.....	124
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	107	DESCOVY.....	53
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	107	desipramine hcl.....	23
COSENTYX UNOREADY.....	107	desmopressin ace spray refrig.....	93
COTELLIC.....	34	desmopressin acetate.....	94
CREON.....	90	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.....	83	desoximetasone.....	82
cyclafem 1/35.....	96	desvenlafaxine succinate er.....	22
cyclafem 7/7/7.....	96	dexamethasone.....	92
cyclobenzaprine hcl.....	129	DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	92
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	29	dexamethasone sod phosphate pf.....	93
cyclosporine.....	109	DEXAMETHASONE SODIUM	
cyclosporine modified.....	109	PHOSPHATE.....	93,122
cyproheptadine hcl.....	124	dexmethylphenidate hcl.....	78
cyred.....	96	dextroamphetamine sulfate.....	77
cyred eq.....	96	dextrose.....	85
CYSTAGON.....	90	dextrose in lactated ringers.....	85
CYSTARAN.....	90	dextrose-sodium chloride.....	85
D			
dabigatran etexilate mesylate.....	63	DIACOMIT.....	15
dalfampridine er.....	79	diazepam.....	16,17,58
danazol.....	94	DIAZEPAM.....	17
dantrolene sodium.....	51	diazepam intensol.....	58
dapsone.....	28	diazoxide.....	61
DAPTACEL.....	111	diclofenac potassium.....	1
daptomycin.....	8	diclofenac sodium.....	1,122
darunavir.....	55	diclofenac sodium er.....	1
dasatinib.....	34	dicloxacillin sodium.....	11
dasetta 1/35.....	96	dicyclomine hcl.....	88
dasetta 7/7/7.....	96	DIFICID.....	12
DAURISMO.....	34	diflunisal.....	1
daysee.....	96	difluprednate.....	122
deblitane.....	102	digitek.....	67
		digox.....	67
		digoxin.....	67

dihydroergotamine mesylate	27	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	117
dilt-xr	69	drosiprenone-ethinyl estradiol	96
diltiazem hcl	69	DROXIA	90
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	70	droxidopa	65,66
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	79	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	117
dimethyl fumarate starter pack	79	EASY COMFORT PEN NEEDLES	117
DIPENTUM	113	ec-naproxen	1
diphenoxylate-atropine	88	econazole nitrate	25
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	88	EDURANT	52
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	111	EFAVIRENZ	52
dipyridamole	65	efavirenz	52
disulfiram	6	efavirenz-emtricitab-tenofo df	53
divalproex sodium	15	efavirenz-lamivudine-tenofovir	53
divalproex sodium er	15	ELAPRASE	90
dofetilide	67	elinest	96
donepezil hcl	20	ELIQUIS	63
donepezil hydrochloride orally		ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	63
disintegrating tab 10 mg	20	eluryng	96
donepezil hydrochloride orally		EMBRACE PEN NEEDLES	117
disintegrating tab 5 mg	20	emoquette	96
dorzolamide hcl	123	EMSAM	21
dorzolamide hcl-timolol mal	120	emtricitabine	53
dorzolamide hcl-timolol mal pf	120	emtricitabine-tenofovir df	53
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	96
DROPLET MICRON	117	enoxaparin sodium	63
		enpresse-28	96
		enskyce	97
		entacapone	45
		entecavir	51

ENTRESTO	72
enulose	87
ENVARUSUS XR	109
EPIDIOLEX	15
epinephrine	126
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	126
epitol	18
EPIVIR HBV	51
eplerenone	74
EPRONTIA	15
EPROSARTAN MESYLATE	66
ERGOLOID MESYLATES	19
ERIVEDGE	34
ERLEADA	29,30
erlotinib hcl	34
errin	103
ertapenem sodium	12
ERY	84
erythrocin lactobionate	13
erythromycin	85,121
erythromycin base	13
erythromycin ethylsuccinate	13
erythromycin lactobionate	13
escitalopram oxalate	22
esomeprazole magnesium	89
estarylla	97
estradiol	97
estradiol valerate	97
ESTRING	97
eszopiclone	129
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	75
ezetimibe-simvastatin	75

F

falmina	97
famciclovir	56
famotidine	89
FANAPT	48
FANAPT TITRATION PACK	48
FARXIGA	76
febuxostat	27
felbamate	15
felodipine er	69
femynor	97
fenofibrate	74
fenofibrate micronized	74
fenofibric acid	74
fentanyl	2
fentanyl citrate	3,4
FETZIMA	22
FETZIMA TITRATION	22
finasteride	92
fingolimod hcl	79
FINTEPLA	15
FIRMAGON	105
FIRMAGON (240 MG DOSE)	105
flavoxate hcl	91
flecainide acetate	67
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	82
fluocinonide emulsified base	82
fluorometholone	122
fluorouracil	83
fluoxetine hcl	22
FLUOXETINE HCL	22
fluphenazine decanoate	46
FLUPHENAZINE HCL	46
FLURBIPROFEN	1
FLURBIPROFEN SODIUM	122
flutamide	30

fluticasone propionate	82,128
fluticasone-salmeterol	128
FLUTICASONE-SALMETEROL	128
fluvastatin sodium	74
fluvastatin sodium er	75
flvoxamine maleate	22
FML	122
FML FORTE	122
fondaparinux sodium	63
fosamprenavir calcium	55
fosinopril sodium	67
fosinopril sodium-hctz	72
FOTIVDA	35
FRUZAQLA	31
fulvestrant	30
furosemide	73,74
FUROSEMIDE	74
FUZEON	54
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	87
GAVRETO	35
gefitinib	35
gemfibrozil	74
GEMTESA	91
generlac	87
gengraf	110
GENTAK	121
gentamicin sulfate	7,121
GENVOYA	52
gianvi	97
GILOTRIF	35
glatiramer acetate	79
glatopa	79,80

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	97
hailey fe 1/20	97
halobetasol propionate	82
haloette	97
haloperidol	47
haloperidol decanoate	47
haloperidol lactate	47
HAVRIX	111
heather	103
HEMADY	43
heparin sodium (porcine)	63
heparin sodium (porcine) pf	63
HEPLISAV-B	111
HIBERIX	112
HIZENTRA	107
HUMALOG	61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61
HUMALOG KWIKPEN	61
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61
HUMALOG MIX 75/25	61

HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61	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	62
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	82,114	INSULIN SYRINGE 1 ML	117
hydrocortisone (perianal)	82	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	117
hydrocortisone butyrate	82	INSUPEN PEN NEEDLES	117
hydrocortisone-acetic acid	124	INTELENCE	53
hydromorphone hcl	4	INTRALIPID	118
hydroxychloroquine sulfate	44	introvale	97
hydroxyurea	31	INVEGA HAFYERA	48
hydroxyzine hcl	124	INVEGA SUSTENNA	48
hydroxyzine pamoate	124	INVEGA TRINZA	48,49
		IPOL	112
		ipratropium bromide	125
ibandronate sodium	115	ipratropium-albuterol	128
IBRANCE	35	irbesartan	66
ibu	1	irbesartan-hydrochlorothiazide	72
ibuprofen	1,2	ISENTRESS	52
icatibant acetate	106	ISENTRESS HD	52
iclevia	97	isibloom	98
ICLUSIG	35	isoniazid	28
icosapent ethyl	75	isopropyl alcohol	83
IDHIFA	35	isopropyl alcohol wipes	84
ILEVRO	122	isosorb dinitrate-hydralazine	72
imatinib mesylate	35	isosorbide dinitrate	76
IMBRUVICA	35	isosorbide mononitrate	76
imipenem-cilastatin	12	isosorbide mononitrate er	76
imipramine hcl	23	isotretinoin	81
imiquimod	83	isradipine	69
IMOVAX RABIES	112	itraconazole	26
incassia	103	ivabradine hcl	72
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	63
JANUMET	59
JANUMET XR	59
JANUVIA	59
JARDIANCE	76
jasmiel	98
JAYPIRCA	36
jencycla	103
JENTADUETO	59
JENTADUETO XR	59
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	85
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	85
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	85
klor-con 10	85
klor-con m10	85
klor-con m15	85
klor-con m20	85
klor-con sprinkle	85
KOSELUGO	36
kourzeq	80
KRAZATI	36
kurvelo	98

L

l-glutamine	91
labetalol hcl	68
lacosamide	18
lactated ringers	86,118
lactulose	87
lactulose encephalopathy	88
lamivudine	51,54
lamivudine-zidovudine	54
lamotrigine	15
lansoprazole	89,90
LANTUS	62
LANTUS SOLOSTAR	62
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
levalbuterol hcl.....	126	lojaimiess.....	99
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	126	LOKELMA.....	87
levetiracetam.....	15	LONSURF.....	31,32
levetiracetam er.....	15	loperamide hcl.....	88
levo-t.....	104	lopinavir-ritonavir.....	55
LEVOBUNOLOL HCL.....	122	lorazepam.....	58
levocarnitine.....	91	lorazepam intensol.....	58
levocetirizine dihydrochloride.....	125	LORBRENA.....	37
levofloxacin.....	13	loryna.....	99
LEVOFLOXACIN.....	121	losartan potassium.....	66
levofloxacin in d5w.....	13	losartan potassium-hctz.....	72
levonest.....	98	loteprednol etabonate.....	122
levonorg-eth estrad triphasic.....	98	lovastatin.....	75
levonorgest-eth estrad 91-day.....	98,99	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.....	55	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.....	37
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
lisdexamphetamine dimesylate.....	78		
lisinopril.....	67	M	
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	72	M-M-R II.....	112
lithium.....	58	magnesium sulfate.....	86
lithium carbonate.....	58	malathion.....	84
lithium carbonate er.....	58	maraviroc.....	54
LIVTENCITY.....	51	marlissa.....	99
lo-zumandimine.....	99	MARPLAN.....	21
loestrin 1.5/30 (21).....	99	MATULANE.....	29
loestrin 1/20 (21).....	99	matzim la.....	70

MAVYRET	52	methylprednisolone sodium succ	93
MAXIDEX	122	metoclopramide hcl	24
meclizine hcl	24	metolazone	74
medpura alcohol pads	84	metoprolol succinate er	68
medroxyprogesterone acetate	103	metoprolol tartrate	68
mefloquine hcl	44	metoprolol-hydrochlorothiazide	72
megestrol acetate	103	metronidazole	8
MEKINIST	38	metyrosine	72
MEKTOVI	38	micafungin sodium	26
meloxicam	2	MICONAZOLE 3	26
memantine hcl	20	microgestin 1.5/30	99
memantine hcl er	20	microgestin 1/20	99
MENACTRA	112	microgestin fe 1.5/30	99
MENEST	99	microgestin fe 1/20	100
MENQUADFI	112	midodrine hcl	66
MENVEO	112	mifepristone	105
meprobamate	57	MIGERGOT	27
mercaptapurine	31	miglitol	60
meropenem	12	mili	100
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	12	minitran	76
mesalamine	113,114	minocycline hcl	14
mesalamine er	114	minoxidil	76
mesna	43	mirtazapine	21
MESNEX	43	misoprostol	89
metformin hcl	60	modafinil	130
metformin hcl er	60	moexipril hcl	67
methadone hcl	2,3	MOLINDONE HCL	47
methazolamide	123	mometasone furoate	83
methenamine hippurate	8	mondoxyne nl	14
methergine	118	mono-lynyah	100
methimazole	106	montelukast sodium	125
methocarbamol	129	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	13,121
METHYLDOPA-		MOXIFLOXACIN HCL	13
HYDROCHLOROTHIAZIDE	72	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	121
methylergonovine maleate	118	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL	13
methylphenidate hcl	78	MRESVIA	112
methylphenidate hcl er	78	MULTAQ	67
methylprednisolone	93	mupirocin	85
methylprednisolone acetate	93	mycophenolate mofetil	110

mycophenolate mofetil hcl.....	110
mycophenolate sodium.....	110
mycophenolic acid.....	110
myorisan.....	81
MYRBETRIQ.....	91

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	88
nabumetone.....	2
nadolol.....	68
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.....	121
nateglinide.....	60
NAYZILAM.....	5
nebivolol hcl.....	68
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.....	120
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	120
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	120
neomycin-polymyxin-hc.....	124
NERLYNX.....	38
nevirapine.....	53
NEVIRAPINE.....	53
NEVIRAPINE ER.....	53
nevirapine er.....	53
NEXPLANON.....	103
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE).....	75
niacin er (antihyperlipidemic).....	75
NIACOR.....	75
nicardipine hcl.....	69
NICOTROL.....	6
NICOTROL NS.....	6

nifedipine.....	69
nifedipine er.....	69
nifedipine er osmotic release.....	69
nikki.....	100
nilutamide.....	30
nimodipine.....	69
NINLARO.....	38
nitazoxanide.....	44
nitisinone.....	91
NITRO-BID.....	76
nitrofurantoin macrocrystal.....	8
nitrofurantoin monohyd macro.....	8
nitroglycerin.....	76,77
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.....	55
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.....	100
NYMALIZE.....	69

nymyo	100
nystatin	26
nystatin-triamcinolone	84

O

ocella	100
octreotide acetate	105
OCTREOTIDE ACETATE	105
ODEFSEY	53
ODOMZO	38
OFEV	127
ofloxacin	121,124
OGSIVEO	38
OJEMDA	38,39
OJJAARA	32
olanzapine	49
olmesartan medoxomil	66
olmesartan medoxomil-hctz	72
olmesartan-amlodipine-hctz	73
omega-3-acid ethyl esters	75
omeprazole	90
OMNITROPE	89,94
ondansetron	25
ONDANSETRON HCL	25
ondansetron hcl	25
ONUREG	31
OPSUMIT	127
OPVEE	118
oralone	80
ORGOVYX	105
ORSERDU	30
orsythia	101
oseltamivir phosphate	56
OSPHENA	104
OTEZLA	84,107
oxaprozin	2
oxcarbazepine	18
oxybutynin chloride	91
oxybutynin chloride er	91
oxycodone hcl	4
oxycodone-acetaminophen	5
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	5
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	60
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	60
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	60

P

pacerone	67
paliperidone er	49
PANRETIN	43
pantoprazole sodium	90
paricalcitol	115
paroex	80
paroxetine hcl	22
paroxetine hcl er	22
PAXLOVID (150/100)	57
PAXLOVID (300/100)	57
pazopanib hcl	39
PEDIARIX	112
PEDVAX HIB	112
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	88
peg-3350/electrolytes	89
PEGASYS	109
PEMAZYRE	39
PEN NEEDLES	118
PENBRAYA	118
penicillamine	92
penicillin g potassium	11
PENICILLIN G SODIUM	11
penicillin v potassium	11
PENTACEL	112
pentamidine isethionate	44
pentoxifylline er	73
perindopril erbumine	67
periogard	80
permethrin	84
perphenazine	24
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	21
PERSERIS	49
PFIZERPEN	12
phenelzine sulfate	21
phenobarbital	17
phenytek	19
phenytoin	19
phenytoin infatabs	19
phenytoin sodium extended	19
philith	101
PIFELTRO	53
pilocarpine hcl	80,123
PIMOZIDE	47

quetiapine fumarate er.....	49
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.....	129
ramipril.....	67
ranolazine er.....	73
rasagiline mesylate.....	46
reclipsen.....	101
RECOMBIVAX HB.....	112
relafen.....	2
RELENZA DISKHALER.....	56
repaglinide.....	60
REPATHA.....	76
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	76
REPATHA SURECLICK.....	76
RESTASIS.....	120
RESTASIS MULTIDOSE.....	120
RETACRIT.....	65
RETEVMO.....	39
REVLIMID.....	30
REXULTI.....	49
REYATAZ.....	56
REZLIDHIA.....	39
REZUROCK.....	108
RHOPRESSA.....	123
ribavirin.....	52
rifabutin.....	28
rifampin.....	29
riluzole.....	78
RIMANTADINE HCL.....	56
ringers.....	86
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.....	120
roflumilast.....	127
ropinirole hcl.....	45
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.....	60
RYDAPT.....	39

S

sajazir.....	106
SANDIMMUNE.....	110
SANTYL.....	84
sapropterin dihydrochloride.....	91
SCSEMBLIX.....	39,40
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.....	103
SHINGRIX.....	113
SIGNIFOR.....	106
sildenafil citrate.....	127
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	118
silodosin.....	92
silver sulfadiazine.....	84
SIMBRINZA.....	123
simliya.....	101

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	118
SMOFLIPID	118	syeda	101
sodium chloride	86	SYMPAZAN	17
sodium chloride (pf)	86	SYMTUZA	56
sodium fluoride	86	SYNAREL	106
SODIUM OXYBATE	130	SYNJARDY	60
sodium phenylbutyrate	91	SYNJARDY XR	60,61
sodium polystyrene sulfonate	87	SYNRIBO	40
solifenacin succinate	91	SYNTHROID	104
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	40
sprintec 28	101	TALZENNA	40,41
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	129
STELARA	108	tazarotene	81
sterile water for irrigation	118	TAZICEF	10
STIOLTO RESPIMAT	128	TAZORAC	81
STIVARGA	40	taztia xt	70
STREPTOMYCIN SULFATE	7	TAZVERIK	41
STRIBILD	52	TDVAX	113
subvenite	16	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	118
sucalfate	89	TEFLARO	10
sulfacetamide sodium	121	telmisartan	66
sulfacetamide sodium (acne)	81	telmisartan-amlodipine	73
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	121	telmisartan-hctz	73
sulfadiazine	13	temazepam	129
sulfamethoxazole-trimethoprim	14	TEMIXYS	54
sulfasalazine	114	TENIVAC	113

tenofovir disoproxil fumarate	54	tramadol-acetaminophen	5
TEPMETKO	41	trandolapril	67
terazosin hcl	66	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER	73
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	TRECATOR	29
testosterone cypionate	94	TRELEGY ELLIPTA	129
TESTOSTERONE ENANTHATE	94	TRELSTAR MIXJECT	106
tetrabenazine	79	TRESIBA	62
tetracycline hcl	14	TRESIBA FLEXTOUCH	62
THALOMID	30	tretinoin	43,81
theophylline er	127	TREXALL	111
thioridazine hcl	47	tri femynor	101
thiotepa	29	tri-estarylla	101
thiothixene	47	tri-linyah	101
tiadylt er	70	tri-mili	101
tiagabine hcl	17	tri-nymyo	101
TIBSOVO	41	tri-previfem	102
TICOVAC	113	tri-sprintec	102
tigecycline	9	tri-vylibra	102
timolol maleate	69,122	triamcinolone acetonide	80,83
tinidazole	9	triamterene-hctz	73
tiotropium bromide monohydrate	125	triazolam	129
tis-u-sol	119	triderm	83
TIVICAY	52	trientine hcl	87
TIVICAY PD	52	TRIENTINE HCL	87
tizanidine hcl	51	trifluoperazine hcl	47
tobramycin	121,126	TRIFLURIDINE	121
tobramycin sulfate	7	trihexyphenidyl hcl	45
tobramycin-dexamethasone	121	TRIKAFTA	126
TOLAK	84	trilyte	88
tolterodine tartrate	91	trimethoprim	9
tolterodine tartrate er	91	trimipramine maleate	24
topiramate	16	TRINTELLIX	23
toremifene citrate	31	TRIUMEQ	54
toremide	74	TRIUMEQ PD	54
TOUJEO MAX SOLOSTAR	62	trivora (28)	102
TOUJEO SOLOSTAR	62	TRIZIVIR	54
TPN ELECTROLYTES	87	trospium chloride	92
TRACLEER	127	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	119
TRADJENTA	61	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	119
tramadol hcl	5	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	119
tramadol hcl er	3	TRULICITY	61

TRUMENBA	113
TRUQAP	32,41
TUKYSA	41
tulana	103
TURALIO	41
turqoz	102
TWINRIX	113
TYBOST	55
TYMLOS	115
TYPHIM VI	113

U

UBRELVY	27
UKONIQ	41
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	119
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	119
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	119
unithroid	105
ursodiol	89

V

valacyclovir hcl	57
VALCHLOR	84
valganciclovir hcl	51
valproate sodium	16
valproic acid	16
valsartan	66
valsartan-hydrochlorothiazide	73
VALTOCO 10 MG DOSE	17
VALTOCO 15 MG DOSE	17
VALTOCO 20 MG DOSE	17
VALTOCO 5 MG DOSE	17
vanadom	129
vancomycin hcl	9
VANDAZOLE	9
VANFLYTA	41
VAQTA	113
varenicline tartrate	6
varenicline tartrate (starter)	6
varenicline tartrate(continue)	7
VARIVAX	113
VAXCHORA	113
VELIVET	102
VENCLEXTA	41
VENCLEXTA STARTING PACK	42

venlafaxine hcl	23
venlafaxine hcl er	23
VEOZAH	79
verapamil hcl	70
VERAPAMIL HCL ER	70
verapamil hcl er	70
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	119
VERIFINE INSULIN SYRINGE	119
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	119
VERQUVO	73
VERSACLOZ	50
VERZENIO	42
vestura	102
vienva	102
vigabatrin	17
vigadrone	18
VIGAFYDE	18
vigpoder	18
vilazodone hcl	23
viorele	102
VIRACEPT	56
VIREAD	54
VITRAKVI	42
VIZIMPRO	42
volnea	102
VONJO	43
voriconazole	26
VOWST	119
VRAYLAR	50
vyfemla	102
vylibra	102
VYZULTA	123

W

warfarin sodium	64
WELIREG	32
wera	102
wixela inhub	129
wymzya fe	102

X

XALKORI	42
XARELTO	64
XARELTO STARTER PACK	64
XATMEP	111

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)	102
XERMELO	88	ZTALMY	18
XGEVA	115	zumandimine	102
XIFAXAN	9	ZURZUVAE	21
XIGDUO XR	61	ZYDELIG	43
XIIDRA	121	ZYKADIA	43
XOFLUZA (40 MG DOSE)	56	ZYLET	121
XOFLUZA (80 MG DOSE)	56	ZYPREXA RELPREVV	50
XOLAIR	108,109		
XOSPATA	42		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	42		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	42		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	42		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	42		
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	81
zidovudine	54
ziprasidone hcl	50
ziprasidone mesylate	50
ZIRGAN	121
zoledronic acid	115
ZOLINZA	32
zolmitriptan	28

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	46
ANTISPASTICITY AGENTS	51
ANTIVIRALS	51
ANXIOLYTICS	57
BIPOLAR AGENTS	58
BLOOD GLUCOSE REGULATORS	59
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS	63
CARDIOVASCULAR AGENTS	65
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	77
DENTAL AND ORAL AGENTS	80
DERMATOLOGICAL AGENTS	80
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	85
GASTROINTESTINAL AGENTS	87
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT	90
GENITOURINARY AGENTS	91
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)	92
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)	93
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	123
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	124
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS	129
SLEEP DISORDER AGENTS	129



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 ឬមិនប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសពីអ្នកដទៃ 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 Díí ats'ííís baa áháyá éí doodago azeé' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yált'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ 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។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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 կարող եք հարցնել և օգնություններ ստանալ ձեր առողջապահության կամ դեղերի քննարկումների հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ լեզուներով համար քարտուսյես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հարեքեն իմացող թարգմանիչը: Ծանայր լեզուներ և օգնություն:

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.

ប្រាសាទសាសនាខ្មែរ (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 می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های (711)
1-800-452-4413 (TTY: 711) خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند. (711)

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

1-800-452-4413 (TTY: 711). ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ
 ਕਿ ਬੋਲ 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 ។

