

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

## បញ្ជីឱសថដែលមានរ៉ាប់រង ឆ្នាំ 2025 (បញ្ជីឱសថ ឬបញ្ជីឈ្មោះឱសថ)

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងរ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់បញ្ជីឈ្មោះឱសថ 25355 កំណែ 13

បញ្ជីឈ្មោះឱសថនេះបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 03/19/2025 ។

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

H2819\_24\_422A-KH\_C Approved 08202024  
A55568-KH- 03/25

---

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://blueshieldca.com/medformulary2025) ។



# សេចក្តីផ្តើម

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

## តារាងមាតិកា

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

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



B11. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង របៀបណា? .....xviii

B12. 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 ..... 133

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](https://blueshieldca.com/medformulary2025) ឬដោយការហៅទៅលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- ❖ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពម្ពធំៗ អក្សរស្លាប ឬសំឡេង។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

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

**Հայերեն պիտակ (Armenian)** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711)

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



thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)** 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

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

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃບຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

---

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



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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX**

LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx  
faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx  
taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc  
tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo  
wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx  
nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz  
mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc.  
Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv  
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](https://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](https://blueshieldca.com/medformulary2025) ។





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

**แท็กไล่นักภาษาไทย (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](https://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 អក្សរ ស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក សំឡេង ជាដើម)។  
អ្នកអាចទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413 (TTY:711)**ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំនេះ។  
ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងរក្សាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារ រហូតដល់ពេលដែលអ្នកចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។

---

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



**B2. តើបញ្ជីឱសថនេះមានការកែប្រែដែរឬទេ?**

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

យើងក៏អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជារបស់យើងអំពីឱសថដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

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

សំរាប់ព័ត៌មានថែមទៀត អំពីវិន័យឱសថទាំងនេះ មើលសំណួរ B4។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅដើម ឆ្នាំ ជាទូទៅ យើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ ក្នុងអំឡុងពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះទេលុះត្រាតែ៖

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

សំណួរ B3 និង B6 ខាងក្រោម មានព័ត៌មានច្រើនថែមទៀតអំពីអ្វីដែលកើតមានឡើង នៅពេលមានការកែប្រែបញ្ជីឱសថ។

- អ្នកអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានជានិច្ចតាមអនឡាញនៅ [blueshieldca.com/medformulary2025](http://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](http://blueshieldca.com/medformulary2025) ។



- **ការជំនួសកំណែច្នៃជាក់លាក់របស់ឱសថ។** យើងអាចនឹងដកឱសថចេញពី *បញ្ជីឱសថ* ក្លាម។ ប្រសិនបើយើងជំនួសឱសថទាំងនោះដោយកំណែឱសថថ្មីជាក់លាក់ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនឹងនៅ \$0 ដដែល ។ នៅពេលយើងបន្ថែមកំណែឱសថថ្មី យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុងបញ្ជីផងដែរ ប៉ុន្តែនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនកំណត់របស់វា។
  - យើងអាចនឹងមិនប្រាប់អ្នក មុននឹងយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានឲ្យអ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ ដែលយើងបានធ្វើ កាលណាវាកើតឡើង។
  - យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ លុះត្រាតែឱសថដែលយើងកំពុងបន្ថែម៖
    - គឺជាកំណែឱសថទូទៅថ្មីនៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬ
    - គឺជាកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាថ្មីជាក់លាក់នៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* នេះ (ឧទាហរណ៍ ការបន្ថែមផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ដែលអាចជំនួសបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី)។
    - ប្រភេទឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមប្រភេទឱសថទាំងនេះអាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល ផ្នែក B14។
  - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចសូមការលើកលែង ចេញពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងឲ្យអ្នក ដោយមានជំហាន ដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីសូមការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។
- **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](http://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](http://blueshieldca.com/medformulary2025) ។



**B7. តើខ្ញុំអាចរកឱសថនៅក្នុង បញ្ជីឱសថបានដោយរបៀបណាដែរ?**

មានរបៀបពីរយ៉ាង ដើម្បីរកឱសថ៖

- អ្នកអាចស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម ឬ
- អ្នកអាចស្វែងរកបានតាមស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដើម្បីស្វែងរក **តាមអក្ខរក្រម** សូមរកមើលឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថ ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ អ្នកអាចស្វែងរកវា ក្នុងលិបិក្រមដែលចាប់ផ្តើមនៅលើទំព័រ 133 ។ 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](https://www.blueshieldca.com/medformulary2025) ។





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

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](http://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](http://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://blueshieldca.com/medformulary2025) ។



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

**B13. តើឱសថម៉ាកធម្មតា ជាអ្វី?**

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

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងទាំងឱសថដែលមានម៉ាក និងឱសថទូទៅ។

**B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម គឺជាអ្វី ហើយតើវាទាក់ទងទៅផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាយ៉ាងដូចម្តេច?**

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

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទឱសថ សូមមើល ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ។

**B15. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរឬទេ?**

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើងបាន។ ជាទូទៅ ឱសថដែលផ្តល់ជូនបានតាមរយៈការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ គឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលយូរវែង

---

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



បញ្ជីរឿង។

ឱសថដែលមិនអាចស្វែងរកបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដឹកបញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

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

**B16. តើខ្ញុំអាចសុំវេជ្ជបញ្ជាដែលបានប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ?**

ឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់អ្នកប្រហែលអាចប្រគល់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដល់ផ្ទះរបស់អ្នកបាន។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើពួកគេប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះដែរឬទេ។

**B17. តើថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក ប៉ុន្មាន?**

សមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មិនមានការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទេ ប្រសិនបើសមាជិកធ្វើតាមច្បាប់របស់គម្រោង។

កម្រិតគឺជាក្រុមឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

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

---

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



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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅក្នុងជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ។

### C. សេចក្តីសង្ខេបអំពីបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

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

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://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](http://blueshieldca.com/medformulary2025) ។



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

**៧. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមលក្ខណៈរោគា**

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](https://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. លិបិក្រមនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

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](https://blueshieldca.com/medformulary2025) ។





**ANALGESICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឹះស្ថានបង្កើនថ្លៃថ្នូរ (កម្រិតថ្នាក់)	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	
<b>FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)</b>	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើការកំណត់ថ្លៃថ្នូរ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ថ្លៃ <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANALGESICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<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	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ និងបំបាត់ការរលាក ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានអំពីឱសថនេះ។**

**ANALGESICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<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
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/10ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS

**អនុកញ្ញាប្រកាសរបស់គណៈកម្មាធិការសុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្នាំយល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់ឱសថកំរិតថ្នាក់ទី៤ ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជា**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសុខាភិបាលកម្ពុជា។**

**ANALGESICS**

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

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តយល់ព្រមលើការកាត់បន្ថយចំនួនថ្នាំប្រើប្រាស់ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ  
ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃសេវា ( <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសេវាប្រើប្រាស់ថ្នាំ។**

**ANALGESICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កប់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនកត្តិបង្កប់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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)

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កប់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	

អនុករោចសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភាពសុខភាពស្រីក្នុងសង្គមជាតិកម្ពុជា និងអនុសាសន៍ការកំណត់លីការប្រើប្រាស់  
 ជាយុទ្ធសាស្ត្រការពារសុខភាពស្រីក្នុងសង្គមជាតិកម្ពុជា <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុករណីរបស់ថ្នាក់ថ្នាក់ឱសថ អនុ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>OPIOID DEPENDENCE</b>		
<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)
<b>OPIOID REVERSAL AGENTS</b>		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 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	
<b>SMOKING CESSATION AGENTS</b>		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>NICOTROL 10 MG INHALER</b>	Tier 4	
<b>NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION</b>	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណីសម្រាប់ការកំណត់ថ្នាក់ថ្នាក់ឱសថនៃវិធានការចាំបាច់  
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ករណីនីមួយៗ។**

**ANTIBACTERIALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )	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	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរាគមន៍នៃឱសថនីមួយៗបាននៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃកម្រិតថ្លៃឱសថ និងកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ  
 ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃប្រភេទថ្លៃឱសថនីមួយៗ។

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ  
ជាយូរឆ្នាំនៃការងារ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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)
<b>BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS</b>		
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	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត ដោយចូលទៅក្នុងក្របខណ្ឌ  
ហ៊ុយអានការពន្យល់លំដាប់ថ្លៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត ក្នុងក្របខណ្ឌសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>cefcoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefepodoxime 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	
<b>BETA-LACTAM, PENICILLINS</b>		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នាក់នៅអន្តរជាតិ និងអនុសាសន៍សុខាភិបាលស្ថិតិ  
ជាយុទ្ធសាស្ត្រកំណត់ទី <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ្នក ( អ៊ីតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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	

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុខភាពសុខភាពស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នាក់នៅក្នុងសហគមន៍  
ជាមួយប្រជាជនកម្ពុជា <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

**ANTIBACTERIALS**

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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តយល់ព្រមលើការប្រើប្រាស់ឱសថប្រយោជន៍សម្រាប់កុមារ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ  
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIBACTERIALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>e.e.s. 400 400 mg tab</i>	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	
<b>QUINOLONES</b>		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	Tier 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>SULFONAMIDES</b>		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណបសុវចនៃកំណត់ប្រភេទសុវចន៍អត្រាស្របនៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអកុសរកាត់កំណត់កំណត់ការពិនិត្យ  
ជាយូរមកទៅកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លំអិតប្រភេទសុវចន៍អត្រាស្របនៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអកុសរកាត់កំណត់ការពិនិត្យ។**

**ANTIBACTERIALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់</b>
<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	
<b>TETRACYCLINES</b>		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>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**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់</b>
<b>ANTICONVULSANTS, OTHER</b>		
<b>BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)</b>	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<b>BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION</b>	Tier 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)

**អនុករាជសុវចន្ទវរ្ម័នក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្រឹទ្ធសភា និងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងសុខាភិបាល ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីធ្វើការកំណត់លីការប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត ឱសថប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ថ្លៃឱសថមុនី កំរិតថ្នាក់ ។**

**ANTICONVULSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	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 500 mg tab</i>	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺក្រិនប្រើប្រាស់ក្នុងការកំណត់កម្រិតថ្នាំ និងការដាក់កំហិតសម្រាប់ថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺក្រិន។**

**ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺក្រិន។**

**ANTICONVULSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឬឈ្មោះផ្សេងៗ ( ក្រិតូណា )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
TOPIRAMATE 50 MG CAP SPRINK	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<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-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
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)

**អ្នកអាចសួរចំណុះក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអកុសក្រាស់ក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**ANTICONVULSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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, 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 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

**ANTICONVULSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<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
<b>SODIUM CHANNEL AGENTS</b>		
APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយូរមកទៅការកំណត់ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTICONVULSANTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
<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	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាទិញ និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្តូរមុន៖  
**ជាយថ្នាលទៅកាន់ទីកន្លែង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIDEMENTIA AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថ អុធិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution, 28 x 5 mg &amp; 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	ឈ្មោះអនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថ អុធិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)

អនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថនៃកំរិតថ្នាក់សុទ្ធតែត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើការវាយតម្លៃសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ  
 ជាមួយនឹងការវាយតម្លៃផ្សេងៗទៀត <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពនៃឱសថនេះ។

**ANTIDEPRESSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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
<b>MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS</b>		
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	
<b>SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)</b>		
<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)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺស្រាវជ្រាវ។**

**ជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថទាំងនេះ <xiv>**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានថ្នាំឱសថ។**

**ANTIDEPRESSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុខរបរ</b>
<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	
<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	

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្លៃឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលខេត្ត/ក្រុង/ស្រុក/ក្រុងព្រះសីហនុ**  
**ជាមួយនឹងការណែនាំពីការប្តូរមុខរបរ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIDEPRESSANTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃថ្នូរ (កំរិតថ្លៃ)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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)
<b>TRICYCLICS</b>		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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	
<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

**អនុករណ៍បច្ចេកទេសនៃកម្រិតថ្លៃថ្នូរសម្រាប់ឱសថសាមញ្ញ និងឱសថសាមញ្ញស្របច្បាប់ និងអនុសញ្ញាស្របច្បាប់សម្រាប់ការដាក់កំហិត  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទុក <sup><xiv></sup>  
ហើយអនុវត្តការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ប្រព័ន្ធកំណត់ទុកសម្រាប់ការដាក់កំហិត និងការប្រើប្រាស់។**

**ANTIEMETICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះផលិតផលបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 &amp; 125 mg cap, 80 &amp; 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)
<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

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ  
**ជាមួយនឹងការកំណត់** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**



**ANTIEMETICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

**ANTIFUNGALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( 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>casprofungin 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	
<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	

អនុករណបសុវចន្តក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមឱ្យក្រសួងព្យាបាលជំងឺអន្តរាគមន៍សុខាភិបាលដាក់កំហិត  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ANTIFUNGALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្គាប់ប្រើឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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

**ANTIGOUT AGENTS**

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

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមលើការប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតថ្នាក់ទី៤ និងទី៥ ដោយចូលទៅក្នុងកំណត់ត្រា <xiv> ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ANTIMIGRAINE AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ 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)
<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)

**អ្នកអាចស្រវឹងក្នុងរយៈពេលស្រវឹងបានស្របតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងប្រើប្រាស់ឱសថនេះ  
ជាមួយទម្រង់ផ្សេងទៀត <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត។**

**ANTIMYASTHENIC AGENTS**

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

**ANTIMYCOBACTERIALS**

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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នេហា និងអ្នកសម្រាប់កុលសម្ព័ន្ធនានា៖  
**ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់សម្រាប់កុលសម្ព័ន្ធនានា។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
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
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FLUTAMIDE 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចសុំថវិកាពីធនាគារសុំបានស្របតាមលក្ខខណ្ឌនៃកម្មវិធីប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមហារីកកម្រិតខ្ពស់។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>ANTIANGIOGENIC AGENTS</b>		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
<b>ANTIESTROGENS/MODIFIERS</b>		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអង្គចង្ហាយនៃមិត្តភក្តិស្រីស្រី និងប្រពន្ធនៃអ្នកសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រពន្ធនៃអ្នកជំងឺ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតអំពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត់ត្រាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចសុំថ្លៃកំរិតថ្នាក់សុំបានស្របតាមការវាយតម្លៃសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ  
ជាមួយនឹងការកំណត់ត្រា <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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
<b>AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION</b>		
<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	
<b>ENZYME INHIBITORS</b>		
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>MOLECULAR TARGET INHIBITORS</b>		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងារ  
ជាមួយទីក្រុងទី <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានការពារសុខាភិបាលក្រុង  
 ជាមួយនឹងការណែនាំផ្សេងៗទៀត <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងសៀមរាប  
ជាមួយទីស្តីការគណៈរដ្ឋមន្ត្រី <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអតិថិជនរបស់យើងតាមរយៈការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធប្រព័ន្ធនៃអង្គការសុខភាពសាមគ្គីភាពស្រុកកម្ពុជា  
ជាមួយប្រព័ន្ធប្រព័ន្ធនៃអង្គការសុខភាពសាមគ្គីភាពស្រុកកម្ពុជា <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រគេហទំព័រ  
 ជាមួយការដាក់កំហិត <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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
<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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
**ហ៊ីយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមអំពីថ្លៃឱសថនិងវិធានការចាំបាច់។****

**ANTINEOPLASTICS**

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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ  
ជាមួយការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្លៃឱសថនិងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ឱសថ  
ជាយថ្នកកំណត់ទំនិញ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

**ANTINEOPLASTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 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
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអត់ថ្លៃឱសថតាមរយៈការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធប្រយោជន៍សុខាភិបាលសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមរបស់រដ្ឋ។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាក់ឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងស្រីសោភ័ណភ្នំពេញ។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ។**

**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ <xiv>**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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
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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលមហារីកក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានតាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ភ្នាក់ងារសេវាអ្នកជំនាញ។**  
**ជាមួយនឹងការទាក់ទងទៅកាន់ភ្នាក់ងារសេវាអ្នកជំនាញ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលមហារីកក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានតាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ភ្នាក់ងារសេវាអ្នកជំនាញ។**

**ANTINEOPLASTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកតិកាបង់ថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តីប្តូរ</b>
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<b>RETINOIDS</b>		
<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	
<b>TREATMENT ADJUNCTS</b>		
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	
<i>mesna 400 mg tab</i>	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**ANTIPARASITICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកតិកាបង់ថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តីប្តូរ</b>
<b>ANTHELMINTHICS</b>		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
<b>ANTIPROTOZOALS</b>		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA

**អ្នកអាចសុំថវិកាពីមុនសម្រាប់ឱសថដែលមិនស្ថិតក្នុងបញ្ជីឱសថស្ថានសេរីសេដ្ឋានសម្រាប់ប្រជាជន  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ថ្លៃ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPARASITICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភាពសហប្រតិបត្តិការរវាងអង្គការសុខភាពពិភពលោក និងមន្ទីរពេទ្យស្រីស្រី  
ជាយូរមកហើយ។ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPARKINSON AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>ANTICHOLINERGICS</b>		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER</b>		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE AGONISTS</b>		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	Tier 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<b>DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS</b>		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	Tier 4	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្រាវជ្រាវអ្នកស្រាវជ្រាវក្នុងការព្យាបាលជំងឺប្រាណូណូស៊ីស ឬជំងឺប្រាណូណូស៊ីស ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <sup><xiv></sup> ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPARKINSON AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( 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	
<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	

**អនុករោចសុវចន្តរាជ្យសុភិសិទ្ធិសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងអកុសលភាពក្នុងគ្រួសារ  
ជាយូរឆ្នាំក្រសួងសុខាភិបាល <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPSYCHOTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងជំងឺចិត្តស្របច្បាប់ និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់៖**  
**ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងជំងឺចិត្តស្របច្បាប់នេះ។**



**ANTIPSYCHOTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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
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)

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងស្រីសោភ័ណភ្នំពេញ។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPSYCHOTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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, 1 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REXULTI (0.5 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តលើមតិសុំបញ្ជាក់ពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ថ្លៃ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIPSYCHOTICS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នេហា និងអ្នកសម្រាប់កុលសម្ព័ន្ធនានា៖  
ជាយូរមកទៅកំរិតទី <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

**ANTISPASTICITY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	ឈមុនកតិកាបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS 240 MG TAB	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)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមក្រហម និងជំងឺឈាមក្រហមស្រស់**  
**ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមក្រហមស្រស់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានប្រើប្រាស់ថ្នាំ។**

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍  
ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍។**

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( អ៊ីតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300- 300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600- 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។****

**ANTIVIRALS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>emtricitabine-tenofovir df 200-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	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)
<b>ANTI-HIV AGENTS, OTHER</b>		
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)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តលើយល់ដឹងពីស្ថានភាពសុខភាព និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ**  
**ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
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)

**អនុករណបសុវចន្ត្រៃកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិធីសាស្ត្រសុព្វញ្ញាណិចអកុសកោតនវកុនុខតារាណៈ  
 ជាយច្ចុលទវកវានិទិវិ <xiv>  
 ហ៊ីយអានការពនុយល់លៃបាណផ្តល់កុនុខសចេកុដីពនុយល់នៈ។**



**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
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)
<b>ANTI-INFLUENZA AGENTS</b>		
<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)
<b>ANTIHERPETIC AGENTS</b>		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពកម្រិតថ្លៃឱសថនៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ANTIVIRALS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
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	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone 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)

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារកំណត់កំហិត និងកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**ANXIOLYTICS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល</b>
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	Tier 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**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូឌុល</b>
<b>MOOD STABILIZERS</b>		
<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	

**អនុករាជសុវចន្តរាជ្យក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តយល់ព្រមលើការកែសម្រួលកម្រិតថ្នាក់ និងការកំណត់លីការម៉ូឌុលនៃ  
ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**BIPOLAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>ANTIDIABETIC AGENTS</b>		
<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)

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់នេះ  
 ជាមួយមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>miglitol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 1	
<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	

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងស្រីសោភ័ណភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងប៉ៃលិន។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
RYBELSUS (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency 1 mg kit</i>	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្យាបាលអនុសាសន៍ក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយថ្នលទ្ធការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

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

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងនេះ  
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**BLOOD GLUCOSE REGULATORS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

**BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖  
 ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នកំរិតទី <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។



**BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្វី ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 5	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
<b>BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER</b>		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ**  
**ជាមួយការពិនិត្យឱសថសាស្ត្រ** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានថ្នាំ។**

**BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
<b>HEMOSTASIS AGENTS</b>		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>PLATELET MODIFYING AGENTS</b>		
<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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ  
ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់ដល់ថ្នាំដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ។**

**BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីស្របច្បាប់ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីស្របច្បាប់ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<b>ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS</b>		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<b>ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរជាតិសម្រាប់ឱសថទាំងនេះបាននៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ  
ជាមួយការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព។**



**CARDIOVASCULAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>ANTIARRHYTHMICS</b>		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
<b>MULTAQ 400 MG TAB</b>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfatate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<b>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចសួរចំណុះក្រុមការងារសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រប្រើប្រាស់ និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>carvedilol phosphate er (10 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES</b>		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ និងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងសុខភាពស្ត្រី និងកុមារ  
 ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអតិបទបទ្រព្យឱសថ អ្នក ( អ៊ីតេឡាត )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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)
<b>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES</b>		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<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	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រសម្រេចចិត្ត និងអនុសាសន៍ក្នុងការកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ត្រា <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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	
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER</b>		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទសីហនុ ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី <sup><xiv></sup> មេកូសេរ៉ាតនីកុលស្តារ៉ា និងមេកូសេរ៉ាតនីកុលស្តារ៉ា**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយថ្នាលទៅកាន់ទីកន្លែង <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវសម្រាប់ព្យាបាល៖។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
METHYLDOPA- HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	Tier 3	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	

**អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងស្រីសោភ័ណភ្នំពេញ**  
**ជាមួយនឹងការណែនាំពី** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	Tier 2	
<i>torseamide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចាញ់ប្រព័ន្ធភ្នាក់កណ្តាល និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់  
ជាមួយថ្នាំដទៃទៀត <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ និង វាយតម្លៃសុវត្ថិភាព និង ប្រសិទ្ធភាព របស់ថ្នាំ ឱសថ ទាំងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។****

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA, QL (3.5 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថក្នុងការថែទាំជំងឺ**  
**ជាយូរមកហើយ** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CARDIOVASCULAR AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (120 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin (0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.6 mg sl tab)</i>	Tier 3	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	Tier 4	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	Tier 3	

**CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS**

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

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់នេះ  
 ជាមួយមន្ត្រីការពារសុខាភិបាល <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំប្រើប្រាស់ (កម្រិតថ្នាំ)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES</b>		
<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)

**អនុករណបសុវចនៃកំណត់ប្រភេទថ្នាំប្រើប្រាស់នៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺជំងឺប្រកាសកំហិតក្នុងក្រុមគ្រួសារ៖**  
**ជាយថ្នាប្រើប្រាស់កំណត់ថ្នាំ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតប្រភេទថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងក្រុមគ្រួសារសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS**

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

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថក្នុងប្រព័ន្ធភ្នាក់កណ្តាលនៃអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុខាភិបាល។**



**CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

**DENTAL AND ORAL AGENTS**

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

អនុករោចសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**DENTAL AND ORAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>adapalene 0.1 % cream</i>	Tier 4	PA
<i>amnesteam (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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការណែនាំអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំសម្រាប់ជំងឺស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត  
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំសម្រាប់ជំងឺស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**DERMATOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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	
<b>DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS</b>		
<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	
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានសុំឱ្យក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ និងអភិវឌ្ឍន៍ថ្នាំថ្មី ដើម្បីសម្រេចបាននូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាព ក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្មី ដោយចូលរួមការពិចារណា និងយោបល់របស់អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព។**

**DERMATOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<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	
<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	

**អនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ អនក្រ.បក.ជស ចុះថ្ងៃទី ១៤ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០១៧ អនុសញ្ញាស្តីពីការកំណត់កំហិត និងបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ថ្នាំប្រើប្រាស់សម្រាប់ជំងឺស្បែក និងជំងឺស្បែកផ្សេងៗទៀត**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ថ្នាក់ថ្នាំ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអនុញ្ញាតឱ្យមានការលក់ថ្នាំថ្នាក់ ៤ ដល់ថ្នាក់ ២ ដោយមានការត្រួតពិនិត្យ និងការត្រួតពិនិត្យបន្ថែមទៀត។**

**DERMATOLOGICAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកាលិយបទ្ទលខ្លឹមសម្ភារៈ ( អ៊ីនធឺណេត )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
<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	

**អនុកាលិយបទ្ទលខ្លឹមសម្ភារៈអនុកាលិយបទ្ទលខ្លឹមសម្ភារៈអនុកាលិយបទ្ទលខ្លឹមសម្ភារៈ  
ជាយចូលទៅកាន់ទី <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**DERMATOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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
<b>PEDICULICIDES/SCABICIDES</b>		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
<b>TOPICAL ANTI-INFECTIVES</b>		
<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	
<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**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<b>ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT</b>		
<i>dextrose (10 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺស្រាប់តែមិនត្រូវបញ្ជាក់ពីអ្នកសម្របសម្រួលការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមក <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអតិបទប្បទានឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
DEXTROSE-NAACL 5-0.9 % SOLUTION	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>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	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំស្តុកស្តុកបញ្ជីព្យាបាលអន្តរកាលនៃអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងសមាគមសុខាភិបាលកម្ពុជា។**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<b>ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS</b>		
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)
<b>POTASSIUM BINDERS</b>		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	

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



**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	Tier 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTI (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
NULYTELY LEMON-LIME 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	

អនុករាជសុវចន្តរាជ្យក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសាសន៍នៃកុលសម្ព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបាល  
 ជាយថ្នល់ទីក្រុងទី <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>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
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល អគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និង ប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងគ្រួសារ អគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និង ប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងគ្រួសារ**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**GASTROINTESTINAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លែងប្លែងឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លែងប្លែងឱសថ 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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។**

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

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអតិបទប្បបទលំដាប់ថ្នាក់ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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
<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	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLASTIN-C 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

**អនុករណបសុវចន្តរកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថបទនៃយល់ដឹងមិត្តភក្តិស្នេហា និងអកុសកោតនូវកុនុខការពលនេះ  
 ជាយចូលទៅកាន់ទី <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លំដាប់ថ្នាក់ផ្សេងៗគ្នានៃសេវាកម្មពេទ្យនេះ។**

**GENITOURINARY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

**អនុករណ៍បច្ចុប្បន្ននៃកម្រិតថ្នាក់ឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថ៖**  
**ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	Tier 5	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 50 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តយល់នៃមិត្តភក្តិព្យាបាលអនុសាសន៍ក្នុងការព្យាបាល៖**  
**ជាយូរទៅក្នុងការកំណត់ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនកត្តិបឋមបំប្លែងឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្តីប្រពន្ធ</b>
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 3	

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

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

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

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

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាល និង ភូមិភាគកណ្តាល ក្នុងករណីនេះ  
 ជាយូរមកហើយ ក្នុងករណីនេះ <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<b>ESTROGENS</b>		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>amethia 0.15-0.03 &amp;0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>amethia lo 0.1-0.02 &amp; 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 &amp;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	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាល និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ជាមួយការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព។**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។**



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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 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 &amp; 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>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណបសុវចន្ត្រក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថស្ថានសុខាភិបាលស្រុកស្រីសោភ័ណ្ឌ និងអនុករណបសុវចន្ត្រក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថស្ថានសុខាភិបាលស្រុកស្រីសោភ័ណ្ឌ**  
**ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់ថ្លៃ <sup><xiv></sup>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.1 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	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពកម្រិតថ្នាក់ឱសថត្រូវបានកំណត់ដោយយោងទៅលើការវាយតម្លៃហានិភ័យនៃឱសថទាំងនេះ ដោយចូលរួមការវាយតម្លៃ <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសុវត្ថិភាពសេដ្ឋកិច្ចសុខភាព។**

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

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<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	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំក្នុងប្រព័ន្ធបង្ការផ្ទៃពោះ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់**  
**ជាមួយប្រព័ន្ធបង្ការផ្ទៃពោះ <xiv>**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំក្នុងប្រព័ន្ធបង្ការផ្ទៃពោះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 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 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំកំរិតថ្លៃឱសថ**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	Tier 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងការព្យាបាលជំងឺក្រហមស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀត ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv> ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>tri-lynhah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<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>yuvafem 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានស្របច្បាប់ និងប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានស្របច្បាប់  
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្នាក់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( ក្រីអតិថិជន )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<b>PROGESTINS</b>		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
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	

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



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

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

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

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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	

**អនុករណបសុវចន្ត្រៃកេរ្តិ៍មរណសុភីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិទ្យាសាស្ត្រព្យាបាល និងអកុសរកាត់នាំកុល្លូឡាតាវាណៈ  
ជាយចូលទៅកាន់ទី <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នល់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	
<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	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នល់ )	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)

អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា និង អង្គការសុខភាពពិភពលោក  
 ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)**

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

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថបទនៃឱសថនីមួយៗដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងនេះ  
 ជាមួយមន្ត្រីកំណត់ថ្លៃ <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

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

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសញ្ញាសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមពីគុណភាពនេះ  
ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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)
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)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើងតាមរយៈការទាក់ទងទៅនឹងមន្ត្រីប្រឹក្សាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់យើង។**  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ៊ី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ  
ជាមួយនឹងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (1 GM RECON SOLN, 250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរាគមន៍ និងជំងឺប្រឆាំងជំងឺប្រកួតប្រជែងក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ផ្សេងៗទៀត។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ថ្នាក់ ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមក្រហម និងជំងឺឈាមក្រហមដាច់ខាត**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមក្រហម និងជំងឺឈាមក្រហមដាច់ខាត** <xiv>  
**ហើយអនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមក្រហម និងជំងឺឈាមក្រហមដាច់ខាត**



**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្នាំ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
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
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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិសម្រាប់ការវាយតម្លៃថ្នាំឱសថស្ថានសុខាភិបាលកម្ពុជា  
ជាមួយការកំណត់ទី <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្វី ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖  
 ជ័យចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**IMMUNOLOGICAL AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
YF-VAX INJECTABLE	Tier 4	VAC

**INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<b>AMINOSALICYLATES</b>		
<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)
<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	
<b>GLUCOCORTICOIDS</b>		
<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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអតិបទបទ្រង់ឱសថស្ថានព្យាបាលអនុសាសន៍ក្នុងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាយុទ្ធសាស្ត្រការពារជំងឺ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**METABOLIC BONE DISEASE AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្ននៃឱសថ អ្នក ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	Tier 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺជំនួយប្រព័ន្ធប្រយោជន៍  
**ជាយថ្នាលទីកំណត់** <xiv>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

**METABOLIC BONE DISEASE AGENTS**

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

**អនុករណបសុវចន៍កំរិតថ្នាក់ឱសថអនុវត្តន៍យល់និងប្រើប្រាស់តាមការណែនាំនៃអង្គការគ្រប់គ្រងថ្នាំ និងសុខាភិបាល  
ជាមួយនិងការកំណត់ <sup><xiv></sup>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

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

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលនេះ ឬសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ចុចលើតំបន់ក្រណាត់ខាងក្រោម៖**  
**ហ៊ីបអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីវិធីសាស្ត្រព្យាបាលនេះ។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U- 100 (27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមលើមតិសុំបញ្ជាក់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
 ជាមួយច្បាប់កំណត់ទំនិញ <xiv>  
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

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

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទស្របនឹងវិធានការណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិស្តីពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ  
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទិន្នន័យ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្យាបាលអនុសាសន៍ក្នុងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
 ជាយថ្នាលទៅកាន់ទី <sup><xiv></sup>  
 ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមលើការកំណត់លើការប្រើប្រាស់នេះ។





**OPHTHALMIC AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនិមិត្តសញ្ញាឱសថ ( កម្រិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
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	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃឱសថសាស្ត្រសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់  
ជាមួយប្រព័ន្ធកែបសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ <xiv>  
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**



**OPHTHALMIC AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<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**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី ( កំរិតថ្នាក់ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	Tier 3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ អនក្រ.បក.ស. ចុះថ្ងៃទី ២៩ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០១៧ អំពីការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត ឱសថស្រាវជ្រាវ និងឱសថស្រាវជ្រាវប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងផ្នែកកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត ឱសថស្រាវជ្រាវ និងឱសថស្រាវជ្រាវប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។**

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសថ្នាំ ( កម្រិតថ្នាំ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<b>ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS</b>		
ARNUIITY 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)
<b>ANTIHISTAMINES</b>		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	PA
<b>ANTILEUKOTRIENES</b>		
<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)
<b>BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC</b>		
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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំស្របច្បាប់ និងប្រើប្រាស់ថ្នាំស្របច្បាប់**  
**ជាមួយនឹងការកំណត់** <sup><xiv></sup>  
**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពថ្នាំ។**

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<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)
<b>BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC</b>		
<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)
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)	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 ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានស្នើសុំឱ្យក្រុមការងារកំណត់កម្រិតថ្នាំឱសថ និងប្រភេទថ្នាំឱសថ ដោយចូលទៅក្នុងកម្រិតថ្នាំឱសថ និងប្រភេទថ្នាំឱសថ ដោយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម៖**



**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថិ ( កំរិតថ្នាក់ )	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	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)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពកំរិតថ្នាក់ថ្មីសថ ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ និងការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ ត្រូវបានកំណត់ដោយអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលជាតិ។**

**ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងកញ្ចប់ថ្នាំ និងក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុខាភិបាល។**

**RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក ( កំរិតថ្លៃ )</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់</b>
<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 (12 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<b>PULMONARY FIBROSIS AGENTS</b>		
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)
<b>RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER</b>		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyndra (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ បានសុំពិនិត្យ និង ត្រួតពិនិត្យ លើ ឱសថ ទាំងនេះ ដើម្បី កំណត់ ថ្លៃ ឱសថ ទាំងនេះ ឱ្យ ត្រឹមត្រូវ និង ត្រូវ តាម បទដ្ឋាន ថ្លៃ ឱសថ កំរិត ថ្លៃ ទី ១ ។**



**SLEEP DISORDER AGENTS**

<b>ឈ្មោះឱសថ</b>	<b>លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អថ្ន (កម្រិតថ្លៃ)</b>	<b>វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់</b>
<b>SLEEP PROMOTING AGENTS</b>		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<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)
<b>WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS</b>		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

**អ្នកអាចស្រវឹងក្នុងរយៈពេលស្រវឹងបានស្របតាមការណែនាំរបស់អ្នកប្រើប្រាស់។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ ជាមួយនឹងថ្នាំដទៃទៀត <xiv>  
ហើយអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។**

**ក ចង្រៃ កនេះ អ ក ចសែ ចកេឱសថៈ យសែ ចកេ ៖ របស់ឱសថៈ ៖ បលំ បំអក រុកេម។ លីខ រ បំអ កពិលេខទំព័រដែលអ ក ចសែ ចកេព័ត៌ ល រ បំអចលេ បសុៈ បំឱសថរបស់អ ក។**

**A**

abacavir sulfate . . . . . 54  
 abacavir sulfate-lamivudine . . . . . 54  
 abacavir-lamivudine-zidovudine . . . . . 54  
 ABELCET . . . . . 25  
 ABILIFY ASIMTUFII . . . . . 48  
 ABILIFY MAINTENA . . . . . 48  
 abiraterone acetate . . . . . 29  
 ABRYSCO . . . . . 112  
 acamprosate calcium . . . . . 5  
 acarbose . . . . . 60  
 accutane . . . . . 82  
 acebutolol hcl . . . . . 69  
 acetaminophen-codeine . . . . . 3  
 acetazolamide . . . . . 72  
 acetazolamide er . . . . . 125  
 acetic acid . . . . . 126  
 acetylcysteine . . . . . 130  
 acitretin . . . . . 82  
 ACTHIB . . . . . 112  
 ACTIMMUNE . . . . . 110  
 acyclovir . . . . . 57,86  
 acyclovir sodium . . . . . 58  
 ADACEL . . . . . 112  
 adapalene . . . . . 82  
 adefovir dipivoxil . . . . . 52  
 ADEMPAS . . . . . 129  
 ADVAIR HFA . . . . . 130  
 ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . . . 117  
 afirmelle . . . . . 96  
 AIMOVIG . . . . . 27  
 ak-poly-bac . . . . . 122  
 AKEEGA . . . . . 31  
 ala-cort . . . . . 83  
 albendazole . . . . . 44  
 albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) . . . . . 128  
 albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . . . . . 128

albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) . . . . . 128  
 Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin) . . . . . 128  
 ALBUTEROL SULFATE . . . . . 128  
 albuterol sulfate . . . . . 128  
 albuterol sulfate hfa . . . . . 128  
 alclometasone dipropionate . . . . . 83  
 ALCOHOL 70% PADS . . . . . 117  
 ALCOHOL PREP . . . . . 117  
 ALCOHOL PREP PADS . . . . . 117  
 ALCOHOL SWABS . . . . . 117  
 ALCOHOL SWABSTICK . . . . . 117  
 alcohol wipes . . . . . 85  
 ALDURAZYME . . . . . 91  
 ALECENSA . . . . . 32  
 alendronate sodium . . . . . 116  
 ALENDRONATE SODIUM . . . . . 116  
 alfuzosin hcl er . . . . . 93  
 aliskiren fumarate . . . . . 72  
 allopurinol . . . . . 26  
 alosetron hcl . . . . . 90  
 alprazolam . . . . . 58  
 alprazolam er . . . . . 58  
 alprazolam xr . . . . . 58  
 altavera . . . . . 96  
 ALUNBRIG . . . . . 32  
 alyacen 1/35 . . . . . 96  
 alyacen 7/7/7 . . . . . 96  
 alyq . . . . . 129  
 amantadine hcl . . . . . 46  
 ambrisentan . . . . . 129  
 amethia . . . . . 96  
 amethia lo . . . . . 96  
 amikacin sulfate . . . . . 7  
 amiloride hcl . . . . . 75  
 amiloride-hydrochlorothiazide . . . . . 72  
 amiodarone hcl . . . . . 69  
 amitriptyline hcl . . . . . 23  
 amlodipine besy-benazepril hcl . . . . . 72

amlodipine besylate.....	70	ashlyna.....	96
amlodipine besylate-valsartan.....	72	aspirin-dipyridamole er.....	66
amlodipine-atorvastatin.....	73	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	117
amlodipine-olmesartan.....	73	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	117
amlodipine-valsartan-hctz.....	73	atazanavir sulfate.....	56
ammonium lactate.....	83	atenolol.....	69
amnesteem.....	82	atenolol-chlorthalidone.....	73
amoxapine.....	23	atomoxetine hcl.....	79
amoxicillin.....	10	atorvastatin calcium.....	76
amoxicillin-pot clavulanate.....	11	atovaquone.....	44
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	11	atovaquone-proguanil hcl.....	45
amphetamine-dextroamphet er.....	78	atropine sulfate.....	90,122
amphetamine-dextroamphetamine... 78,79		ATROVENT HFA.....	127
AMPHOTERICIN B.....	25	aubra.....	96
ampicillin.....	11	aubra eq.....	96
ampicillin sodium.....	11	AUGTYRO.....	31
ampicillin-sulbactam sodium.....	11	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	117
anagrelide hcl.....	65	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	117
anastrozole.....	32	AUM PEN NEEDLE.....	117
ANORO ELLIPTA.....	130	aurovela 1.5/30.....	96
apomorphine hcl.....	46	aurovela 1/20.....	96
apraclonidine hcl.....	125	aurovela fe 1.5/30.....	96
aprepitant.....	24	aurovela fe 1/20.....	96
apri.....	96	AUVELITY.....	20
APTIOM.....	18	aviane.....	96
APTIVUS.....	56	avidoxy.....	14
AQ INSULIN SYRINGE.....	117	ayuna.....	96
AQINJECT PEN NEEDLE.....	117	AYVAKIT.....	32
aranelle.....	96	azathioprine.....	110
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	65,66	AZATHIOPRINE SODIUM.....	110
ARCALYST.....	108	azelastine hcl.....	124,127
AREXVY.....	112	azithromycin.....	12
argyle sterile water.....	117	AZITHROMYCIN.....	12
ARIKAYCE.....	7	aztreonam.....	7
aripiprazole.....	48	azurette.....	96
ARISTADA.....	48		
ARISTADA INITIO.....	48	<b>B</b>	
armodafinil.....	132	bac (butalbital-acetamin-caff).....	80
ARNUITY ELLIPTA.....	127	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	122
asenapine maleate.....	48	BACITRACIN.....	124

bacitracin-polymyxin b	122	bimatoprost	126
baclofen	52	BIOGUARD GAUZE SPONGES	118
balsalazide disodium	115	bisoprolol fumarate	70
BALVERSA	32,33	bisoprolol-hydrochlorothiazide	73
balziva	97	blisovi fe 1.5/30	97
BAQSIMI ONE PACK	62	blisovi fe 1/20	97
BAQSIMI TWO PACK	62	BOOSTRIX	113
BARACLUDE	52	bosentan	130
BCG VACCINE	112	BOSULIF	33
BD INSULIN SYRINGE	118	BRAFTOVI	33
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREO ELLIPTA	130
MISC	118	breyna	130
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		BREZTRI AEROSPHERE	130
MISC	118	briellyn	97
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BRILINTA	66
MISC	118	brimonidine tartrate	125
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		brimonidine tartrate-timolol	123
MISC	118	brinzolamide	125
benazepril hcl	68	BRIVIACT	14
benazepril-hydrochlorothiazide	73	bromocriptine mesylate	46
BENLYSTA	108	BRUKINSA	33
BENZNIDAZOLE	45	budesonide	115,127
benzoyl peroxide-erythromycin	82	budesonide er	115
benztropine mesylate	46	budesonide-formoterol fumarate	130
BESIVANCE	13	bumetanide	75
BESREMI	110	buprenorphine	2
betaine	92	buprenorphine hcl	6
betamethasone dipropionate	83	buprenorphine hcl-naloxone hcl	6
betamethasone dipropionate aug	83	bupropion hcl	20
betamethasone valerate	83	bupropion hcl er (smoking det)	6
BETASERON	81	bupropion hcl er (sr)	20,21
betaxolol hcl	69,125	bupropion hcl er (xl)	21
bethanechol chloride	93	buspironone hcl	58
bexarotene	44	butalbital-apap-caffeine	80
BEXSERO	112	butalbital-aspirin-caffeine	1
bicalutamide	29	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	1
BICILLIN C-R	11	butorphanol tartrate	3
BICILLIN C-R 900/300	11		
BICILLIN L-A	11		
BIKTARVY	53		
		<b>C</b>	
		CABENUVA	55

cabergoline.....	106	cefotetan disodium.....	9
CABOMETYX.....	33	cefoxitin sodium.....	10
calcipotriene.....	85	cefpodoxime proxetil.....	10
calcitonin (salmon).....	116	cefprozil.....	10
calcitrene.....	85	ceftazidime.....	10
CALCITRIOL.....	85,116	ceftriaxone sodium.....	10
calcitriol.....	116	cefuroxime axetil.....	10
CALQUENCE.....	33	cefuroxime sodium.....	10
camila.....	104	celecoxib.....	1
camrese.....	97	cephalexin.....	10
camrese lo.....	97	cetirizine hcl.....	127
candesartan cilexetil.....	68	cevimeline hcl.....	81
candesartan cilexetil-hctz.....	73	chateal.....	97
CAPLYTA.....	48	chateal eq.....	97
CAPRELSA.....	33	CHEMET.....	88
captopril.....	68	chlorhexidine gluconate.....	81
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE..	73	chloroquine phosphate.....	45
carbamazepine.....	18	chlorpromazine hcl.....	47
carbamazepine er.....	18	chlorthalidone.....	75
carbidopa.....	46	cholestyramine.....	76
carbidopa-levodopa.....	46,47	cholestyramine light.....	76
carbidopa-levodopa er.....	47	ciclodan.....	86
carbidopa-levodopa-entacapone.....	46	ciclopirox.....	86
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	118	ciclopirox olamine.....	86
carglumic acid.....	92	cilostazol.....	67
carisoprodol.....	131	CILOXAN.....	13
CARTEOLOL HCL.....	125	CIMDUO.....	54
cartia xt.....	71	cimetidine.....	91
carvedilol.....	70	cinacalcet hcl.....	116
carvedilol phosphate er.....	70	CIPRO HC.....	126
caspofungin acetate.....	25	ciprofloxacin.....	13
cataflam.....	1	ciprofloxacin hcl.....	13,126
CAYSTON.....	7	ciprofloxacin in d5w.....	13
caziant.....	97	ciprofloxacin-dexamethasone.....	126
CEFACLOR.....	9	citalopram hydrobromide.....	21
cefadroxil.....	9	claravis.....	82
cefazolin sodium.....	9	CLARITHROMYCIN.....	12
cefdinir.....	9	clarithromycin.....	12
CEFEPIME HCL.....	9	clarithromycin er.....	12
cefixime.....	9	clindamycin hcl.....	7



clindamycin palmitate hcl.....	7	CORTIFOAM.....	115
clindamycin phos-benzoyl perox.....	82	CORTISONE ACETATE.....	94
clindamycin phosphate.....	7,86	CORTISPORIN-TC.....	126
clindamycin phosphate in d5w.....	7	CORTROPHIN.....	94
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	7	COSENTYX.....	108
clobazam.....	16	COSENTYX (300 MG DOSE).....	108
clobetasol prop emollient base.....	83	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	108
clobetasol propionate.....	83	COSENTYX SENSOREADY PEN.....	108
clobetasol propionate e.....	83	COSENTYX UNOREADY.....	108
clomipramine hcl.....	23	COTELLIC.....	34
clonazepam.....	58,59	CREON.....	92
clonidine.....	67	cromolyn sodium.....	90,124,129
clonidine hcl.....	67	cryselle-28.....	97
clopidogrel bisulfate.....	67	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	118
clorazepate dipotassium.....	59	cvs isopropyl alcohol wipes.....	85
clotrimazole.....	25	cyclafem 1/35.....	97
clotrimazole-betamethasone.....	85	cyclafem 7/7/7.....	97
clovique.....	88	cyclobenzaprine hcl.....	131
clozapine.....	51	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	29
COARTEM.....	45	cyclosporine.....	110
COBENFY.....	51	cyclosporine modified.....	110
COBENFY STARTER PACK.....	51	cyproheptadine hcl.....	127
CODEINE SULFATE.....	3	cyred.....	97
codeine sulfate.....	3	cyred eq.....	97
colchicine.....	26	CYSTAGON.....	92
colchicine-probenecid.....	26	CYSTARAN.....	92
colesevelam hcl.....	76		
colestipol hcl.....	76,77	<b>D</b>	
colistimethate sodium (cba).....	8	dabigatran etexilate mesylate.....	64
COMBIVENT RESPIMAT.....	131	dalfampridine er.....	81
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	33	danazol.....	95
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	33	dantrolene sodium.....	52
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	34	dapsone.....	28
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	118	DAPTACEL.....	113
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	118	daptomycin.....	8
COMPLERA.....	53	darunavir.....	56
compro.....	24	dasatinib.....	34
constulose.....	89	dasetta 1/35.....	97
COPIKTRA.....	34	dasetta 7/7/7.....	97
CORLANOR.....	73	DAURISMO.....	34

daysee.....	97	dicloxacillin sodium.....	11
deblitane.....	104	dicyclomine hcl.....	90
decadron.....	94	DIFICID.....	12
deferasirox.....	88	diflunisal.....	1
DELSTRIGO.....	53	difluprednate.....	124
delyla.....	97	digitek.....	69
DENGVAXIA.....	113	digox.....	69
DEPO-ESTRADIOL.....	97	digoxin.....	69
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	104	dihydroergotamine mesylate.....	27
depo-testosterone.....	95	dilt-xr.....	71
DERMOTIC.....	126	diltiazem hcl.....	71
DESCOVY.....	54	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	71
desipramine hcl.....	23	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	71
desmopressin ace spray refrig.....	95	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	71
desmopressin acetate.....	95	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	71
desmopressin acetate pf.....	95	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	71
desogestrel-ethinyl estradiol.....	97	diltiazem hcl er.....	71
desonide.....	83	diltiazem hcl er beads.....	71
desoximetasone.....	83	dimethyl fumarate.....	81
desvenlafaxine succinate er.....	21,22	dimethyl fumarate starter pack.....	81
dexamethasone.....	94	DIPENTUM.....	115
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	94	diphenoxylate-atropine.....	90
dexamethasone sod phosphate pf.....	94	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	90
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	94,124	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	113
dexmethylphenidate hcl.....	79	dipyridamole.....	67
dextroamphetamine sulfate.....	79	disulfiram.....	5
dextrose.....	86	divalproex sodium.....	15
dextrose in lactated ringers.....	86	divalproex sodium er.....	15
DEXTROSE-NACL.....	87	dofetilide.....	69
dextrose-sodium chloride.....	87	donepezil hcl.....	19
DIACOMIT.....	15	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	19
diazepam.....	16,59	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	19
DIAZEPAM.....	16	dorzolamide hcl.....	125
diazepam intensol.....	59		
diazoxide.....	62		
diclofenac potassium.....	1		
diclofenac sodium.....	1,124		
diclofenac sodium er.....	1		

dorzolamide hcl-timolol mal	123
dorzolamide hcl-timolol mal pf	123
dotti	97
DOVATO	53
doxazosin mesylate	67
doxepin hcl	23
doxercalciferol	116
doxy 100	14
doxycycline hyclate	14
doxycycline monohydrate	14
DRIZALMA SPRINKLE	80
dronabinol	24
DROPLET MICRON	118
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	118
drospirenone-ethinyl estradiol	97
DROXIA	92
droxidopa	67
duloxetine hcl	80
DUPIXENT	109
dutasteride	93
dutasteride-tamsulosin hcl	93

## E

e.e.s. 400	13
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	118
EASY COMFORT PEN NEEDLES	118
ec-naproxen	1
econazole nitrate	25
EDURANT	53
EFAVIRENZ	53
efavirenz	54
efavirenz-emtricitab-tenofo df	54
efavirenz-lamivudine-tenofovir	54
ELAPRASE	92
elinest	97
ELIQUIS	64
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	64
eluryng	98
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	118
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	119

EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	119
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	119
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	119
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	119
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	119
EMBRACE PEN NEEDLES	119
emoquette	98
EMSAM	21
emtricitabine	54
emtricitabine-tenofovir df	54,55
EMTRIVA	55
emzahn	104
enalapril maleate	68
enalapril-hydrochlorothiazide	73
ENBREL	110
ENBREL MINI	111
ENBREL SURECLICK	111
endocet	3
ENGERIX-B	113
enilloring	98
enoxaparin sodium	64
enpresse-28	98
enskyce	98
entacapone	46
entecavir	52
ENTRESTO	73
enulose	89
ENVARUSUS XR	111
EPIDIOLEX	15
epinephrine	128
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	128
epitol	18
EPIVIR HBV	52
eplerenone	75
EPRONTIA	15
ERGOLOID MESYLATES	19
ERIVEDGE	34
ERLEADA	29
erlotinib hcl	34

errin	104	femynor	98
ertapenem sodium	12	fenofibrate	76
ERY	86	fenofibrate micronized	76
erythrocin lactobionate	13	fenofibric acid	76
erythromycin	86,124	fentanyl	2
erythromycin base	13	FETZIMA	22
erythromycin ethylsuccinate	13	FETZIMA TITRATION	22
erythromycin lactobionate	13	finasteride	93
escitalopram oxalate	22	finolimid hcl	81
esomeprazole magnesium	91	FINTEPLA	15
estarylla	98	FIRMAGON	106
estradiol	98	FIRMAGON (240 MG DOSE)	106
estradiol valerate	98	flavoxate hcl	93
ESTRING	98	flecainide acetate	69
eszopiclone	132	fluconazole	25
ethambutol hcl	28	fluconazole in sodium chloride	25
ethosuximide	16	flucytosine	25
ethynodiol diac-eth estradiol	98	fludrocortisone acetate	94
etodolac	1	flunisolide	131
etodolac er	1	fluocinolone acetonide	83
etonogestrel-ethinyl estradiol	98	fluocinolone acetonide body	83
etravirine	54	fluocinolone acetonide scalp	84
euthyrox	105	fluocinonide	84
everolimus	34,111	fluocinonide emulsified base	84
EVOTAZ	56	fluorometholone	124
exemestane	32	fluorouracil	85
ezetimibe	77	fluoxetine hcl	22
ezetimibe-simvastatin	77	FLUOXETINE HCL	22
<b>F</b>		fluphenazine decanoate	47
falmina	98	FLUPHENAZINE HCL	47
famciclovir	58	FLURBIPROFEN	1
famotidine	91	FLURBIPROFEN SODIUM	124
FANAPT	48,49	FLUTAMIDE	29
FANAPT TITRATION PACK	49	fluticasone propionate	84,131
FARXIGA	77	fluticasone-salmeterol	131
febuxostat	26	FLUTICASONE-SALMETEROL	131
feirza 1.5/30	98	fluvastatin sodium	76
felbamate	15	fluvastatin sodium er	76
felodipine er	70	flvoxamine maleate	22
		FML	125

FML FORTE	125
fondaparinux sodium	65
fosamprenavir calcium	56
fosinopril sodium	68
fosinopril sodium-hctz	73
FOTIVDA	34
FRUZAQLA	31
fulvestrant	30
furosemide	75
FUROSEMIDE	75
FUZEON	55
fyavolv	98
FYCOMPA	15

## G

gabapentin	16,17
galantamine hydrobromide	20
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	20
galantamine hydrobromide er	20
gallifrey	104
GAMUNEX-C	108
GARDASIL 9	113
gauze pads 2	119
GAVILYTE-C	90
gavilyte-g	90
gavilyte-n with flavor pack	89
GAVRETO	35
gefitinib	35
gemfibrozil	76
GEMTESA	93
generlac	89
gengraf	111
GENTAK	124
gentamicin sulfate	7,124
GENVOYA	53
GILOTRIF	35
glatiramer acetate	81
glatopa	81
GLEOSTINE	29
glimepiride	60

glipizide	60
glipizide er	60
glipizide xl	60
glipizide-metformin hcl	60
GLUCAGEN HYPOKIT	62
glucagon emergency	62
GLUCAGON EMERGENCY	62
glyburide	60
GLYBURIDE MICRONIZED	60
glyburide-metformin	60
glycopyrrolate	90
GLYXAMBI	60
GNP PEN NEEDLES	119
GOLYTELY	90
granisetron hcl	24
griseofulvin microsize	25
griseofulvin ultramicrosize	25
guanfacine hcl	67
guanfacine hcl er	79

## H

HADLIMA	111
HADLIMA PUSHTOUCH	111
HAEGARDA	108
hailey 1.5/30	98
hailey fe 1.5/30	98
hailey fe 1/20	99
halobetasol propionate	84
haloette	99
haloperidol	47
haloperidol decanoate	47
haloperidol lactate	47
HAVRIX	113
heather	104
HEMADY	44
heparin sodium (porcine)	65
heparin sodium (porcine) pf	65
HEPLISAV-B	113
HIBERIX	113
HIZENTRA	108

HUMALOG .....	62	imipramine hcl .....	23
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN .....	63	imiquimod .....	85
HUMALOG KWIKPEN .....	63	IMKELDI .....	35
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN .....	63	IMOVAX RABIES .....	113
HUMALOG MIX 75/25 .....	63	incassia .....	104
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN .....	63	INCRELEX .....	95
HUMULIN 70/30 .....	63	INCRUSE ELLIPTA .....	127
HUMULIN 70/30 KWIKPEN .....	63	indapamide .....	75
HUMULIN N .....	63	indomethacin .....	2
HUMULIN N KWIKPEN .....	63	indomethacin er .....	2
HUMULIN R .....	63	INFANRIX .....	113
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) .....	63	INLYTA .....	35,36
HUMULIN R U-500 KWIKPEN .....	63	INQOVI .....	31
hydralazine hcl .....	77	INREBIC .....	36
hydrochlorothiazide .....	75	INSULIN LISPRO .....	63
hydrocodone-acetaminophen .....	3,4	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) .....	63
hydrocortisone .....	84,115	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN .....	63
hydrocortisone (perianal) .....	84	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO .....	63
hydrocortisone butyrate .....	84	INSULIN PEN NEEDLES .....	119
hydrocortisone-acetic acid .....	126	INSULIN PEN NEEDLES .....	119
hydromorphone hcl .....	4	INSULIN SYRINGE 0.3 ML .....	119
hydroxychloroquine sulfate .....	45	INSULIN SYRINGE 0.5 ML .....	119
hydroxyurea .....	31	INSULIN SYRINGE 1 ML .....	119
hydroxyzine hcl .....	127	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 .....	120
hydroxyzine pamoate .....	127	INSUPEN PEN NEEDLES .....	120
		INTELENCE .....	54
<b>I</b>		INTRALIPID .....	120
ibandronate sodium .....	116	introvale .....	99
IBRANCE .....	35	INVEGA HAFYERA .....	49
ibu .....	1	INVEGA SUSTENNA .....	49
ibuprofen .....	1,2	INVEGA TRINZA .....	49
icatibant acetate .....	108	IPOL .....	113
iclevia .....	99	ipratropium bromide .....	128
ICLUSIG .....	35	ipratropium-albuterol .....	131
icosapent ethyl .....	77	irbesartan .....	68
IDHIFA .....	35	irbesartan-hydrochlorothiazide .....	73
ILEVRO .....	125	ISENTRESS .....	53
imatinib mesylate .....	35	ISENTRESS HD .....	53
IMBRUVICA .....	35	isibloom .....	99
imipenem-cilastatin .....	12	isoniazid .....	28

isopropyl alcohol.....	85
isopropyl alcohol wipes.....	85
isosorb dinitrate-hydralazine.....	74
isosorbide dinitrate.....	78
isosorbide mononitrate.....	78
isosorbide mononitrate er.....	78
isotretinoin.....	82
isradipine.....	70
ITOVEBI.....	36
itraconazole.....	26
ivabradine hcl.....	74
ivermectin.....	44
IWILFIN.....	31
IXCHIQ.....	113
IXIARO.....	113

## J

jaimiess.....	99
JAKAFI.....	36
jantoven.....	65
JANUMET.....	60
JANUMET XR.....	60
JANUVIA.....	61
JARDIANCE.....	77
jasmiel.....	99
JAYPIRCA.....	36
jencycla.....	104
JENTADUETO.....	61
JENTADUETO XR.....	61
jinteli.....	99
jolessa.....	99
joyeaux.....	99
juleber.....	99
JULUCA.....	53
junel 1.5/30.....	99
junel 1/20.....	99
junel fe 1.5/30.....	99
junel fe 1/20.....	99
JYNNEOS.....	113

## K

kalliga.....	99
KALYDECO.....	129
kariva.....	99
kcl in dextrose-nacl.....	87
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	87
kelnor 1/35.....	99
kelnor 1/50.....	99
KEPIVANCE.....	81
KERENDIA.....	61
ketoconazole.....	26
ketorolac tromethamine.....	125
KINRIX.....	113
kionex.....	88
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.....	87
klor-con 10.....	87
klor-con m10.....	87
klor-con m15.....	87
klor-con m20.....	87
KOSELUGO.....	36,37
kourzeq.....	81
KRAZATI.....	37
kurvelo.....	99

## L

l-glutamine.....	92
labetalol hcl.....	70
lacosamide.....	18
lactated ringers.....	87,120
lactulose.....	89
lactulose encephalopathy.....	89
lamivudine.....	53,55
lamivudine-zidovudine.....	55

lamotrigine.....	15	levonorg-eth estrad triphasic.....	100
lansoprazole.....	91	levonorgest-eth estrad 91-day.....	100
LANTUS.....	63	levonorgest-eth estradiol-iron.....	100
LANTUS SOLOSTAR.....	64	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	100
lapatinib ditosylate.....	37	levora 0.15/30 (28).....	100
larin 1.5/30.....	99	levothyroxine sodium.....	105
larin 1/20.....	99	levoxyl.....	105
larin fe 1.5/30.....	99	LEXIVA.....	56
larin fe 1/20.....	99	LIBERVANT.....	17
larissia.....	99	lidocaine.....	5
latanoprost.....	126	lidocaine hcl.....	5
LAZCLUZE.....	32	lidocaine viscous hcl.....	5
leena.....	99	lidocaine-prilocaine.....	5
leflunomide.....	111	lidocan.....	5
lenalidomide.....	30	LILETTA (52 MG).....	104
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	37	lillow.....	100
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	37	lincomycin hcl.....	8
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	37	linezolid.....	8
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	37	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	37	LINZESS.....	89
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	37	liothyronine sodium.....	106
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	37	lisdexamfetamine dimesylate.....	79
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	37	lisinopril.....	68
lessina.....	99	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	74
letrozole.....	32	lithium.....	59
leucovorin calcium.....	31	lithium carbonate.....	59
LEUKERAN.....	29	lithium carbonate er.....	60
leuprolide acetate.....	106	LIVTENCITY.....	52
levalbuterol hcl.....	128	lo-zumandimine.....	100
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	129	loestrin 1.5/30 (21).....	100
levetiracetam.....	15	loestrin 1/20 (21).....	100
levetiracetam er.....	15	loestrin fe 1.5/30.....	100
levo-t.....	105	loestrin fe 1/20.....	100
LEVOBUNOLOL HCL.....	125	lojaimiess.....	100
levocarnitine.....	92	LOKELMA.....	88
levocetirizine dihydrochloride.....	127	LONSURF.....	31
levofloxacin.....	13	loperamide hcl.....	90
LEVOFLOXACIN.....	124	lopinavir-ritonavir.....	56
levofloxacin in d5w.....	13	lorazepam.....	59
levonest.....	99	lorazepam intensol.....	59



LORBRENA.....	37	medroxyprogesterone acetate.....	104
loryna.....	100	mefloquine hcl.....	45
losartan potassium.....	68	megestrol acetate.....	104
losartan potassium-hctz.....	74	MEKINIST.....	38
loteprednol etabonate.....	125	MEKTOVI.....	38
lovastatin.....	76	meloxicam.....	2
low-ogestrel.....	100	memantine hcl.....	20
loxapine succinate.....	47	memantine hcl er.....	20
lubiprostone.....	89	MENACTRA.....	113
LUMAKRAS.....	38	MENEST.....	100
LUMIGAN.....	126	MENQUADFI.....	113
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	106	MENVEO.....	113
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	106	meprobamate.....	58
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	106	mercaptopurine.....	30
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	106	meropenem.....	12
lurasidone hcl.....	49,50	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	12
lutera.....	100	mesalamine.....	115
LYBALVI.....	21	mesalamine er.....	115
lyleq.....	104	mesna.....	44
lyllana.....	100	metformin hcl.....	61
LYNPARZA.....	38	metformin hcl er.....	61
LYSODREN.....	31	methadone hcl.....	2,3
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	38	methazolamide.....	125
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	38	methenamine hippurate.....	8
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	38	methergine.....	120
lyza.....	104	methimazole.....	107
<b>M</b>		methocarbamol.....	131
M-M-R II.....	113	METHOTREXATE SODIUM.....	111
magnesium sulfate.....	87	methotrexate sodium.....	111
malathion.....	86	methotrexate sodium (pf).....	111
maraviroc.....	56	methoxsalen rapid.....	85
marlissa.....	100	methscopolamine bromide.....	90
MARPLAN.....	21	methsuximide.....	16
MATULANE.....	29	methyl dopa.....	67
matzim la.....	72	METHYLDOPA-	
MAVYRET.....	53	HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	74
MAXIDEX.....	125	methylergonovine maleate.....	120
meclizine hcl.....	24	methylphenidate hcl.....	79,80
medpura alcohol pads.....	85	methylphenidate hcl er.....	80
		methylprednisolone.....	94

methylprednisolone acetate	94	moxifloxacin hcl	13,124
methylprednisolone sodium succ	94	MOXIFLOXACIN HCL	13
metoclopramide hcl	24	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	124
metolazone	76	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL	13
metoprolol succinate er	70	MRESVIA	114
metoprolol tartrate	70	MULTAQ	69
metoprolol-hydrochlorothiazide	74	mupirocin	86
metronidazole	8	mycophenolate mofetil	111
metyrosine	74	mycophenolate mofetil hcl	111
mexiletine hcl	69	mycophenolate sodium	111
micafungin sodium	26	mycophenolic acid	112
MICONAZOLE 3	26	myorisan	82
microgestin 1.5/30	100	MYRBETRIQ	93
microgestin 1/20	101		
microgestin fe 1.5/30	101	<b>N</b>	
microgestin fe 1/20	101	na sulfate-k sulfate-mg sulf	89
midodrine hcl	67	nabumetone	2
mifepristone	106	nadolol	70
MIGERGOT	27	nafcillin sodium	11
miglitol	61	nafrinse	87
mili	101	NAGLAZYME	92
minitran	78	naloxone hcl	6
minocycline hcl	14	naltrexone hcl	6
minoxidil	77	naproxen	2
minzoya	101	naproxen dr	2
mirtazapine	21	naproxen sodium	2
misoprostol	91	naratriptan hcl	27
modafinil	132	NATACYN	124
moexipril hcl	68	nateglinide	61
MOLINDONE HCL	48	NAYZILAM	5
mometasone furoate	84	nebivolol hcl	70
mondoxyne nl	14	necon 0.5/35 (28)	101
mono-linyah	101	NEFAZODONE HCL	22
montelukast sodium	127	neo-polycin	123
morgidox	14	neo-polycin hc	123
morphine sulfate	4	neomycin sulfate	7
morphine sulfate (concentrate)	4	neomycin-bacitracin zn-polymyx	123
morphine sulfate er	3	neomycin-polymyxin-dexameth	123
MOUNJARO	61	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	123
MOVANTIK	89	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	123

neomycin-polymyxin-hc.....	126	NORMOSOL-M IN D5W.....	87
NERLYNX.....	38	nortrel 0.5/35 (28).....	101
nevirapine.....	54	nortrel 1/35 (21).....	101
NEVIRAPINE.....	54	nortrel 1/35 (28).....	101
NEVIRAPINE ER.....	54	nortrel 7/7/7.....	101
nevirapine er.....	54	nortriptyline hcl.....	23
NEXPLANON.....	104	NORVIR.....	56,57
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE).....	77	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	120
niacin er (antihyperlipidemic).....	77	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	120
NIACOR.....	77	NUBEQA.....	29
nicardipine hcl.....	71	NULYTELY LEMON-LIME.....	89
NICOTROL.....	6	NUPLAZID.....	50
NICOTROL NS.....	6	NURTEC.....	27
nifedipine.....	71	NUTRILIPID.....	120
nifedipine er.....	71	nylia 1/35.....	101
nifedipine er osmotic release.....	71	nylia 7/7/7.....	102
nikki.....	101	NYMALIZE.....	71
nilutamide.....	29	nymyo.....	102
nimodipine.....	71	nystatin.....	26
NINLARO.....	38	nystatin-triamcinolone.....	85
nitazoxanide.....	45	NYVEPRIA.....	66
nitisinone.....	92		
NITRO-BID.....	78		
nitrofurantoin macrocrystal.....	8	ocella.....	102
nitrofurantoin monohyd macro.....	8	octreotide acetate.....	107
nitroglycerin.....	78	OCTREOTIDE ACETATE.....	107
NITROSTAT.....	78	ODEFSEY.....	54
NIZATIDINE.....	91	ODOMZO.....	38
nora-be.....	104	OFEV.....	130
norelgestromin-eth estradiol.....	101	ofloxacin.....	124,126
norethin ace-eth estrad-fe.....	101	OGSIVEO.....	39
norethin-eth estradiol-fe.....	101	OJEMDA.....	39
norethindrone.....	104	OJJAARA.....	31
norethindrone acet-ethinyl est.....	101	olanzapine.....	50
norethindrone acetate.....	104	olmesartan medoxomil.....	68
norethindrone-eth estradiol.....	101	olmesartan medoxomil-hctz.....	74
norgestim-eth estrad triphasic.....	101	olmesartan-amlodipine-hctz.....	74
norgestimate-eth estradiol.....	101	omega-3-acid ethyl esters.....	77
norlyda.....	104	omeprazole.....	91
norlyroc.....	105	OMNITROPE.....	90,95

ondansetron	24
ONDANSETRON HCL	24
ondansetron hcl	25
ONUREG	30
OPSUMIT	130
OPVEE	120
oralone	81
ORGOVYX	107
ORSERDU	29
orsythia	102
oseltamivir phosphate	57
OSPHENA	105
OTEZLA	85,109
oxaprozin	2
oxcarbazepine	18
oxybutynin chloride	93
oxybutynin chloride er	93
oxycodone hcl	4
oxycodone-acetaminophen	4
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	4
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	61
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	61
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	61

## P

pacerone	69
paliperidone er	50
PANRETIN	44
pantoprazole sodium	91
paricalcitol	116
paroxetine hcl	22
paroxetine hcl er	22
PAXLOVID (150/100)	58
PAXLOVID (300/100)	58
pazopanib hcl	39
PEDIARIX	114
PEDVAX HIB	114
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	89
peg-3350/electrolytes	90
PEGASYS	110
PEMAZYRE	39
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	120
PEN NEEDLES	120
PENBRAYA	120
penicillamine	93
penicillin g potassium	11
PENICILLIN G SODIUM	11
penicillin v potassium	11
PENTACEL	114
pentamidine isethionate	45
pentoxifylline er	74
perindopril erbumine	68
periogard	82
permethrin	86
perphenazine	24
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	21
PERSERIS	50
pfizerpen	12
phenelzine sulfate	21
phenobarbital	17
phenytek	18
phenytoin	18
phenytoin infatabs	18
phenytoin sodium extended	19
philith	102
PIFELTRO	54
pilocarpine hcl	82,126
PIMOZIDE	48
pimtrea	102
pindolol	70
pioglitazone hcl	61
pioglitazone hcl-glimepiride	61
pioglitazone hcl-metformin hcl	61
piperacillin sod-tazobactam so	12
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	39
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	39
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	39
pirfenidone	130
PIRFENIDONE	130
pirmella 1/35	102

pirmella 7/7/7.....	102	PRIORIX.....	114
piroxicam.....	2	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	120
PLENVU.....	89	probenecid.....	26
podofilox.....	85	prochlorperazine.....	24
polycin.....	123	prochlorperazine maleate.....	24
polymyxin b sulfate.....	8	procto-med hc.....	84
polymyxin b-trimethoprim.....	124	procto-pak.....	84
POMALYST.....	30	proctosol hc.....	84
portia-28.....	102	proctozone-hc.....	84
posaconazole.....	26	progesterone.....	105
potassium chloride.....	87	PROGRAF.....	112
potassium chloride crys er.....	87	PROLASTIN-C.....	92
potassium chloride er.....	87	PROLIA.....	116
potassium chloride in dextrose.....	88	PROMACTA.....	66
potassium chloride in nacl.....	88	promethazine hcl.....	24,127
potassium citrate er.....	88	propafenone hcl.....	69
pramipexole dihydrochloride.....	46	propranolol hcl.....	70
prasugrel hcl.....	67	PROPRANOLOL HCL.....	70
pravastatin sodium.....	76	propranolol hcl er.....	70
praziquantel.....	44	PROPRANOLOL-HCTZ.....	74
prazosin hcl.....	67	propylthiouracil.....	107
prednisolone.....	94	PROQUAD.....	114
prednisolone acetate.....	125	protriptyline hcl.....	23
prednisolone sodium phosphate.....	94	PULMICORT FLEXHALER.....	127
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	125	PULMOZYME.....	129
prednisone.....	94	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	120
PREDNISONONE INTENSOL.....	95	PURIXAN.....	30
pregabalin.....	80,81	pyrazinamide.....	28
PREMARIN.....	102	pyridostigmine bromide.....	28
PREMASOL.....	88	pyridostigmine bromide er.....	28
premium lidocaine.....	5	pyrimethamine.....	45
prenatal vitamins.....	88		
prevalite.....	77	<b>Q</b>	
previfem.....	102	qc alcohol.....	85
PREVYMIS.....	52	QINLOCK.....	32
PREZCOBIX.....	57	QUADRACEL.....	114
PREZISTA.....	57	quetiapine fumarate.....	50
PRIFTIN.....	28	quetiapine fumarate er.....	50
primaquine phosphate.....	45	QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	121
primidone.....	17	quinapril hcl.....	68

quinapril-hydrochlorothiazide.....	74
quinidine sulfate.....	69
quinine sulfate.....	45

## R

ra isopropyl alcohol wipes.....	85
RABAVERT.....	114
rabeprazole sodium.....	91
raloxifene hcl.....	105
ramelteon.....	132
ramipril.....	68
ranolazine er.....	74
rasagiline mesylate.....	47
reclipsen.....	102
RECOMBIVAX HB.....	114
relafen.....	2
RELENZA DISKHALER.....	57
repaglinide.....	61
REPATHA.....	77
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	77
REPATHA SURECLICK.....	77
RESTASIS.....	123
RESTASIS MULTIDOSE.....	123
RETACRIT.....	66
RETEVMO.....	39
REVLIMID.....	30
REVUFORJ.....	39,40
REXULTI.....	50
REYATAZ.....	57
REZLIDHIA.....	40
REZUROCK.....	109
RHOPRESSA.....	126
ribavirin.....	53
rifabutin.....	28
rifampin.....	28
riluzole.....	80
RIMANTADINE HCL.....	57
ringers.....	88
ringers irrigation.....	121
RINVOQ.....	109

RINVOQ LQ.....	109
risedronate sodium.....	116
risperidone.....	50
risperidone microspheres er.....	51
ritonavir.....	57
rivastigmine.....	20
rivastigmine tartrate.....	20
rizatriptan benzoate.....	27
ROCKLATAN.....	123
roflumilast.....	129
ropinirole hcl.....	46
ropinirole hcl er.....	46
rosadan.....	8
rosuvastatin calcium.....	76
ROTARIX.....	114
ROTATEQ.....	114
roweepra.....	15
ROZLYTREK.....	40
RUBRACA.....	40
rufinamide.....	19
RUKOBIA.....	56
RYBELSUS.....	62
RYDAPT.....	40

## S

sajazir.....	108
SANDIMMUNE.....	112
SANTYL.....	85
sapropterin dihydrochloride.....	92
SCSEMBLIX.....	40
scopolamine.....	24
SECUADO.....	51
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	121
selegiline hcl.....	47
selenium sulfide.....	84
SELZENTRY.....	56
SEREVENT DISKUS.....	129
sertraline hcl.....	22
setlakin.....	102
sharobel.....	105

SHINGRIX.....	114	ssd.....	86
SIGNIFOR.....	107	STAVUDINE.....	55
sildenafil citrate.....	130	STELARA.....	109
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	121	sterile water for irrigation.....	121
silodosin.....	93	STIOLTO RESPIMAT.....	131
silver sulfadiazine.....	85	STIVARGA.....	40
SIMBRINZA.....	126	STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
SIMLANDI (1 PEN).....	112	STRIBILD.....	53
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	112	subvenite.....	16
SIMLANDI (2 PEN).....	112	sucralfate.....	91
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	112	sulfacetamide sodium.....	124
simliya.....	102	sulfacetamide sodium (acne).....	82
simpesse.....	102	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	123
simvastatin.....	76	sulfadiazine.....	13
sirolimus.....	112	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	14
SIRTURO.....	28	sulfasalazine.....	115
SKYRIZI.....	109	sulindac.....	2
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	109	sumatriptan.....	27
SKYRIZI PEN.....	109	sumatriptan succinate.....	27
SMOFLIPID.....	121	sumatriptan succinate refill.....	27
sodium chloride.....	88	sunitinib malate.....	40
sodium chloride (pf).....	88	SUNLENCA.....	56
sodium fluoride.....	88	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	121
SODIUM OXYBATE.....	132	syeda.....	102
sodium phenylbutyrate.....	92	SYMPAZAN.....	17
sodium polystyrene sulfonate.....	89	SYMTUZA.....	57
solifenacin succinate.....	93	SYNAREL.....	107
SOLTAMOX.....	30	SYNJARDY.....	62
SOMAVERT.....	107	SYNJARDY XR.....	62
sorafenib tosylate.....	40	SYNRIBO.....	40
sorine.....	69	SYNTHROID.....	106
sotalol hcl.....	69		
sotalol hcl (af).....	69	<b>T</b>	
SPIRIVA RESPIMAT.....	128	TABLOID.....	31
spironolactone.....	75	TABRECTA.....	41
spironolactone-hctz.....	74	tacrolimus.....	84,112
sprintec 28.....	102	tadalafil.....	93
SPRITAM.....	15,16	tadalafil (pah).....	130
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	89	TAFINLAR.....	41
sronyx.....	102	TAGRISSO.....	41

TALZENNA.....	41	TICOVAC.....	114
tamoxifen citrate.....	30	tigecycline.....	8
tamsulosin hcl.....	93	timolol maleate.....	70,125
tarina fe 1/20.....	102	tinidazole.....	8
tarina fe 1/20 eq.....	102	tiotropium bromide monohydrate.....	128
TASIGNA.....	41	tis-u-sol.....	121
tasimelteon.....	132	TIVICAY.....	53
tazarotene.....	82	TIVICAY PD.....	53
TAZICEF.....	10	tizanidine hcl.....	52
taztia xt.....	72	tobramycin.....	124,129
TAZVERIK.....	41	tobramycin sulfate.....	7
TDVAX.....	114	tobramycin-dexamethasone.....	123
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	121	TOLAK.....	86
TEFLARO.....	10	tolterodine tartrate.....	93
telmisartan.....	68	tolterodine tartrate er.....	93
telmisartan-amlodipine.....	74	topiramate.....	16
telmisartan-hctz.....	74	TOPIRAMATE.....	16
temazepam.....	132	toremifene citrate.....	30
TEMIXYS.....	55	toremide.....	75
TENIVAC.....	114	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	64
tenofovir disoproxil fumarate.....	55	TOUJEO SOLOSTAR.....	64
TEPMETKO.....	41	TPN ELECTROLYTES.....	88
terazosin hcl.....	67	TRACLEER.....	130
terbinafine hcl.....	26	TRADJENTA.....	62
terconazole.....	26	tramadol hcl.....	5
teriflunomide.....	81	tramadol hcl er.....	3
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	116	tramadol-acetaminophen.....	5
testosterone.....	95,96	trandolapril.....	68
testosterone cypionate.....	96	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	75
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	96	tranexamic acid.....	66
tetrabenazine.....	80	tranylcypromine sulfate.....	21
tetracycline hcl.....	14	travoprost (bak free).....	126
THALOMID.....	30	trazodone hcl.....	22
theophylline er.....	129	TRECATOR.....	28
thioridazine hcl.....	48	TRELEGY ELLIPTA.....	131
thiotepa.....	29	TRELSTAR MIXJECT.....	107
thiothixene.....	48	TRESIBA.....	64
tiadylt er.....	72	TRESIBA FLEXTOUCH.....	64
tiagabine hcl.....	17	tretinoin.....	44,83
TIBSOVO.....	41	TREXALL.....	112



tri femynor	102
tri-estarylla	102
tri-linyah	103
tri-mili	103
tri-nymyo	103
tri-previfem	103
tri-sprintec	103
tri-vylibra	103
triamcinolone acetonide	82,84
triamterene-hctz	75
triazolam	132
triderm	84
trientine hcl	88
TRIENTINE HCL	88
trifluoperazine hcl	48
TRIFLURIDINE	124
trihexyphenidyl hcl	46
TRIKAFTA	129
trimethoprim	8
trimipramine maleate	23
TRINTELLIX	23
TRIUMEQ	55
TRIUMEQ PD	55
trivora (28)	103
TRIZIVIR	55
tropium chloride	93
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	121
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	121
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	121
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	121
TRULICITY	62
TRUMENBA	114
TRUQAP	41
TUKYSA	41
tulana	105
TURALIO	41
turqoz	103
TWINRIX	114
TYBOST	56
TYMLOS	116

TYPHIM VI	114
-----------	-----

## U

UBRELVY	27
UDENYCA	66
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	121
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	122
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	122
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	122
unithroid	106
ursodiol	90

## V

valacyclovir hcl	58
VALCHLOR	86
valganciclovir hcl	52
valproate sodium	16
valproic acid	16
valsartan	68
valsartan-hydrochlorothiazide	75
VALTOCO 10 MG DOSE	17
VALTOCO 15 MG DOSE	17
VALTOCO 20 MG DOSE	17
VALTOCO 5 MG DOSE	17
valtya 1/50	103
vanadom	131
vancomycin hcl	9
VANDAZOLE	9
VANFLYTA	41,42
VAQTA	115
varenicline tartrate	6
varenicline tartrate (starter)	6
varenicline tartrate(continue)	6
VARIVAX	115
VAXCHORA	115
VELIVET	103
VENCLEXTA	42
VENCLEXTA STARTING PACK	42
venlafaxine hcl	23
venlafaxine hcl er	23

VEOZAH.....	80
verapamil hcl.....	72
VERAPAMIL HCL ER.....	72
verapamil hcl er.....	72
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	122
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	122
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	122
VERQUVO.....	75
VERSACLOZ.....	51
VERZENIO.....	42
vestura.....	103
vienna.....	103
vigabatrin.....	17
vigadrone.....	17
VIGAFYDE.....	17
vigpoder.....	18
vilazodone hcl.....	23
VIMKUNYA.....	115
viorele.....	103
VIRACEPT.....	57
VIREAD.....	55
VITRAKVI.....	42
VIZIMPRO.....	42
volnea.....	103
VONJO.....	44
VORANIGO.....	42
voriconazole.....	26
VOWST.....	122
VRAYLAR.....	51
vyfemla.....	103
vylibra.....	103
VYZULTA.....	126

## W

warfarin sodium.....	65
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	122
WELIREG.....	32
wera.....	103
wixela inhub.....	131
wymzya fe.....	103

## X

XALKORI.....	43
XARELTO.....	65
XARELTO STARTER PACK.....	65
XATMEP.....	112
XCOPRI.....	16,19
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	19
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	19
XDEMVY.....	123
XELJANZ.....	109
XELJANZ XR.....	110
XERMELO.....	90
XGEVA.....	116
XIFAXAN.....	9
XIGDUO XR.....	62
XIIDRA.....	123
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	57
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	57
XOLAIR.....	110
XOSPATA.....	43
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	43
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	43
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	43
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	43
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	43
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	43
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	43
XTANDI.....	29,30
xulane.....	103

## Y

YF-VAX.....	115
yuvafem.....	103

## Z

zafemy.....	103
zafirlukast.....	127
zaleplon.....	132
ZARXIO.....	66

ZEJULA.....	43
ZELBORAF.....	43
zenatane.....	83
zidovudine.....	55
ziprasidone hcl.....	51
ziprasidone mesylate.....	51
ZIRGAN.....	124
zoledronic acid.....	117
ZOLINZA.....	32
zolmitriptan.....	27
zolpidem tartrate.....	132
zolpidem tartrate er.....	132
ZONISADE.....	19
zonisamide.....	19
zovia 1/35 (28).....	103
zovia 1/35e (28).....	104
ZTALMY.....	18
zumandimine.....	104
ZURZUVAE.....	21
ZYDELIG.....	43
ZYKADIA.....	44
ZYLET.....	123
ZYPREXA RELPREVV.....	51

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

ANALGESICS.....	1
ANESTHETICS.....	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	5
ANTIBACTERIALS.....	7
ANTICONVULSANTS.....	14
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	19
ANTIDEPRESSANTS.....	20
ANTIEMETICS.....	24
ANTIFUNGALS.....	25
ANTIGOUT AGENTS.....	26
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	27
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	28
ANTIMYCOBACTERIALS.....	28
ANTINEOPLASTICS.....	29
ANTIPARASITICS.....	44
ANTIPARKINSON AGENTS.....	46
ANTIPSYCHOTICS.....	47
ANTISPASTICITY AGENTS.....	52
ANTIVIRALS.....	52
ANXIOLYTICS.....	58
BIPOLAR AGENTS.....	59
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	60
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	64
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	67
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	78
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	81
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	82
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	86
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	89
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT..	91
GENITOURINARY AGENTS.....	93
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	94
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	95
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	95
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	105

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	106
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	107
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	108
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	115
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	116
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	117
OPHTHALMIC AGENTS.....	122
OTIC AGENTS.....	126
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	127
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	131
SLEEP DISORDER AGENTS.....	132



# សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

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

Blue Shield of California ផ្តល់ជូននូវ៖

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield of California តាមលេខនៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

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

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011  
ទូរសព្ទ៖ (844) 831-4133 (TTY: 711)  
ទូរសារ៖ (844) 696-6070  
អ៊ីមែល៖ [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto: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'éeí doodago azee' bee aa áháyá' bína'ídíílkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-452-4413 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

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

**Khmer** យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់

សេវាកម្មនេះឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។  
សេវាកម្មនេះឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។

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

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

**Armenian** Մեզ վրա հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կառուցվածքի և կառուցվածքի արևմտյան հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը անվճար է 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

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

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





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

### English Tagline

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

### الشعار بالعربية (Arabic)

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

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք

**1-800-452-4413** (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց

համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ  
տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-452-4413** (TTY:711):  
Այդ ծառայություններն  
անվճար են:

### 简体中文标语 (Chinese)

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

### हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

### Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413** (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev

pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413** (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

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

へお電話ください。

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

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

## 한국어 태그라인 (Korean)

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

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

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

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

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

## ພາສາມູ່ລຸ່ມຊາກສາໄຊຊຽງ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: ເບີអູ້ກ ຫຼື ການຊ່ວຍ ຈາກສາ ກບສູ່ກ ສູບ ອູນສ໌ຕູເຈົ້າເລຂ

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

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

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

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

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

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру

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

### **Mensaje en español (Spanish)**

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

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

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

### **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

**1-800-452-4413** (TTY: 711) นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711)

ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

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

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер

**1-800-452-4413** (TTY: 711). Люди з обмеженими

можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом.

Телефонуйте на номер **1-800-452-4413** (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

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

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413**

(TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như

tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng

**gọi số 1-800-452-4413**

(TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

A56419DSN\_0724 H2819\_24\_452B\_C Approved 08052024



បញ្ជីឈ្មោះឱសថត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 03/19/2025 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗបន្ថែមទៀត  
ឬសំណួរផ្សេងៗ សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់  
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2025](https://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](https://blueshieldca.com/medformulary2025) ។

