



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

ឆ្នាំ 2027 បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថឬបញ្ជីឈ្មោះឱសថ)

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់បញ្ជីឈ្មោះឱសថ 27198 កំណែ 10

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 09/01/2026 ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/medformulary2027។

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-KH (09/26)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



09/01/2026

សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះមានឈ្មោះថា **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង** (ហៅម្យ៉ាងទៀតថា **បញ្ជីឱសថ**)។ វាប្រាប់អ្នកថា តើឱសថណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ **បញ្ជីឱសថ** នេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរថា តើមានវិធាន ឬការដាក់កម្រិតជាពិសេសណាមួយទៅលើឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ដែរឬទេ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យដែលមាននៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ **សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក**។

តារាងមាតិកា

A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ.....	iv
B. សំណួរដែលសួរញឹកញាប់ (FAQ)	xiv
B1. តើមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះនៅក្នុង បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ? (យើងហៅ បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ថា “ បញ្ជីឱសថ ” ជាពាក្យកាត់។).....	xiv
B2. តើ បញ្ជីឱសថ មានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?	xv
B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ ?	xvi
B4. តើមានការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថឬសកម្មភាពណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានឱសថមួយចំនួនដែរឬទេ?	xvii
B5. តើខ្ញុំដឹងតាមវិធីណាថាឱសថដែលខ្ញុំត្រូវការមានការដាក់កំណត់ ឬត្រូវអនុវត្តវិធានការចាំបាច់អ្វីខ្លះដើម្បីទទួលបានឱសថនោះ?	xviii
B6. តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់ពួកគេអំពីរបៀបដែលពួកគេធានារ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍៖ ការយល់ព្រមជាមុន ការកំណត់បរិមាណនិង/ឬការដាក់កម្រិតការព្យាបាលជាជំហាន)?	xviii
B7. តើលោកអ្នកអាចស្វែងរកឱសថក្នុង បញ្ជីឱសថតាមវិធីណា ?	xviii
B8. មានបញ្ហាអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើ ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថ ?	xix
B9. តើមានបញ្ហាអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំគឺជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan និងមិនអាចរកឃើញឱសថរបស់ខ្ញុំនៅលើ បញ្ជីឱសថ ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំ?	xx
B10. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំបានទេ?	xx
B11. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងបានតាមរបៀបណា?	xxi

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027)។



B12. តើត្រូវចំណាយពេលវេលាប៉ុន្មានដើម្បីទទួលបានការលើកលែង?	xxi
B13. តើឱសថប្រភេទទូទៅជាអ្វី?	xxi
B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាអ្វី ហើយតើ វាពាក់ព័ន្ធយ៉ាងណាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា?	xxii
B15. តើគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan រ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរ ឬទេ?	xxii
B16. តើខ្ញុំអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយដឹកជញ្ជូនទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ ដែរ ឬទេ?	xxiii
B17. តើប្រាក់បង់រួមរបស់ខ្ញុំមានប៉ុន្មាន?	xxiii
C. សេចក្តីសង្ខេបនៃ បញ្ជីនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង	xxvii
C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ	xxviii
D. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង	140

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027)។



A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ

នេះគឺជាបញ្ជីឱសថដែលសមាជិកអាចទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

- ❖ អ្នកអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan បានគ្រប់ពេលតាមអនឡាញនៅ blueshieldca.com/medformulary2027 ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ Blue Shield of California គឺជាសមាជិកឯករាជ្យមួយរបស់ Blue Shield Association។
- ❖ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរធំ អក្សរស្លាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅក្នុងតារាងនៃឯកសារនេះ។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយ California State Medicaid Program (កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋ California)។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។
- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。
。 ក្រុមហ៊ុនអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ ហើយមិនរើសអើង មិនបដិសេធចំពោះមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសៗគ្នាដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពសុខភាព ព័ត៌មានហ្វែន បុព្វបុរស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬពិការភាពរាងកាយនោះឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



- ❖ ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស ភាសាអេស៉្បាញ ភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអាមេរិកាំង ភាសាចិនសាមញ្ញ ភាសាចិនបុរាណ ភាសាហ្វីលីពីន ភាសាខ្មែរ (កម្ពុជា) ភាសាគូរេ ភាសាស្កី ភាសាតាកាវ៉ា និងភាសាវៀតណាម។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីលទ្ធភាពអាចរកបាននៃសេវាកម្មជំនួយភាសា និងឧបករណ៍ជំនួយ និងសេវាកម្មជំនួយ

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



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). 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।

ਭ੍ਰੇਲ: ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ

ਪ੍ਰਸਿੱਧਿਕਾਰਨ ਸੰਸਥਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਾਰਜਕਾਰੀ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
ਫੋਨ: (800) 452-4413 (TTY: 711) ਜਾਂ 8 ਪ੍ਰੀਕ ਜਾਂ 8 ਯਪ। ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ
ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ
ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਾਰਜਕਾਰੀ blueshieldca.com/medformulary2027



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 निः 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.

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-452-4413

(TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຈັບເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ 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.

ຜູ້ຊື້ນີ້ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີຄວາມສາມາດ

ບຣູສິນເບີຜູ້ມີສິດສໍາລັບ ສູບສູນສະໜັບສະໜູນ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
ສາຍໂທ: ເລຂ (800) 452-4413 (TTY: 711) ຕື້ເມື່ອ 8 ເດືອນ ສຳລັບ 8 ພາກ. ເມື່ອເຮົາຕໍ່ສູ້ກັບລັດຖະບານ
ເຮົາຈະໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກດີກ. ການເຮົາສູ້ກັບລັດຖະບານເຮົາຈະໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກດີກ. ເຮົາຈະໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກດີກ.
ສູບສູນເຮົາຈະໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກດີກ blueshieldca.com/medformulary2027



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800 452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង
សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស
សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ
ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800 452-4413
(TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی(Persian (Farsi))

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

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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

- ❖ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះ និងការទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគតជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេង (អក្សរចោះពុម្ពធំៗ អក្សរស្លាប់ ឬជាសំឡេងជាដើម)។ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំនេះ។ សេវាបម្រើអតិថិជននឹងរក្សាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសាររហូតដល់ពេលដែលអ្នកចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។
- ❖ ដើម្បីធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានការទំនាក់ទំនងដែលត្រូវការជាភាសាដែលពេញចិត្ត ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



B. សំណួរដែលសួរញឹកញាប់ (FAQ)

ស្វែងរកចម្លើយនៅទីនេះសម្រាប់សំណួរដែលអ្នកមានអំពី បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងមួយនេះ (បញ្ជីឱសថ)។ លោកអ្នកអាចអានផ្នែក FAQ ទាំងអស់ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ឬស្វែងរកមើលសំណួរចម្លើយ។

B1. តើមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះនៅក្នុង បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (យើងហៅបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងថា “បញ្ជីឱសថ” ជាពាក្យកាត់។)

ឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង ផ្នែក C

គឺជាឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

ឱសថទាំងនេះអាចស្វែងរកបាននៅតាមឱសថស្ថាននានានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

ឱសថស្ថានស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើយើងមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយ ពួកគេដើម្បីធ្វើការជាមួយយើងនិងផ្តល់សេវាកម្មដល់លោកអ្នក។ យើងហៅឱសថស្ថានទាំងនេះថា “ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ”។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវិធានជាក់លាក់មួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកប័ណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបាន (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើក ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលចាំបាច់ខាងសុខភាពទាំងអស់នៅក្នុងបញ្ជីឱសថប្រសិនបើ៖
 - វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក និយាយថាអ្នកត្រូវការពួកវាជាចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើឱ្យជំងឺបានធ្ងន់ស្រាលជាងមុន ឬបន្តមានសុខភាពល្អទៅទៀត
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan យល់ព្រមថា ឱសថនេះមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក និង
 - អ្នកនឹងទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
 - ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកត្រូវតែធ្វើអ្វីមួយមុនពេលលោកអ្នកអាចទទួលបានឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B4 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចស្វែងរកបញ្ជីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយបំផុតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង blueshieldca.com/medformulary2027

ឬទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅខាងក្រោមក្រដាសនៃឯកសារនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



B2. តើបញ្ជីឱសថមានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?

ពិតជាមាន ហើយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ត្រូវតែអនុវត្តតាមច្បាប់របស់ Medicare និង Medi-Cal ពេលចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ យើងអាចបន្ថែម ឬដកចេញឱសថនានានៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ** នៅពេលណាមួយក៏បានក្នុងឆ្នាំនេះ។

យើងក៏អាចកែប្រែវិធានរបស់យើងចំពោះឱសថផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចថាតម្រូវ ឬមិនតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុនចំពោះឱសថ។ (ការយល់ព្រមជាមុន គឺជាការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan មុនពេលអ្នកទទួលបានឱសថ។)
- បន្ថែម ឬកែប្រែបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ហៅថាបរិមាណកំណត់)។
- បន្ថែម ឬកែប្រែការកំណត់ជំហានព្យាបាលដោយប្រើឱសថ។ (ជំហានព្យាបាលមានន័យថាលោកអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។)

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតស្តីពីវិធានឱសថទាំងនេះ សូមអានសំណួរ B4។

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

- ឱសថថ្មីដែលមានតម្លៃទាបជាងមុនមាននៅក្នុងទីផ្សារហើយមាន ប្រសិទ្ធភាពដូចជាឱសថនៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ**បច្ចុប្បន្នផងដែរ ឬ
- យើងដឹងថាឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាព ឬ
- ឱសថមួយត្រូវបានយកចេញពីទីផ្សារ។

សំណួរទី B3 និង B6 ខាងក្រោមមានព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពីបញ្ហាថា តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេល **បញ្ជីឱសថ**ផ្លាស់ប្តូរ។

- អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើល **បញ្ជីឱសថ**ចុងក្រោយបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមអនឡាញតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027។ បច្ចុប្បន្នភាពនៃ **បញ្ជីឱសថ**ត្រូវបានបង្ហាញនៅលើគេហទំព័រជារៀងរាល់ខែ។
- អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតកថានៃឯកសារនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើល **បញ្ជីឱសថ**បច្ចុប្បន្ន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរទៅក្នុង បញ្ជីឱសថ?

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួននៅក្នុង បញ្ជីឱសថនឹងកើតមានឡើងភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍៖

- **ការជំនួសកំណែច្នៃមួយចំនួននៃឱសថ។**
យើងអាចនឹងដកឱសថចេញពី បញ្ជីឱសថជាបន្ទាន់ប្រសិនបើយើងជំនួសវាដោយឱសថប្រភេទថ្មីមួយចំនួនប៉ុន្តែតម្លៃឱសថថ្មីរបស់អ្នកនឹងនៅតែមានតម្លៃ \$0។
នៅពេលយើងបន្ថែមកំណែថ្មីនៃឱសថ យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាឱសថម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង បញ្ជី ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរវិធានឬការធានារ៉ាប់រងរបស់វា។
 - យើងប្រហែលជាមិនប្រាប់អ្នកមុន ពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើឡើង នៅពេលវាកើតឡើង។
 - យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះបានលុះត្រាតែឱសថដែលយើងកំពុងបន្ថែម៖
 - គឺជាកំណែឱសថទូទៅថ្មីនៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬ
 - គឺជាកំណែជីវសាស្ត្រថ្មីជាក់លាក់នៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង បញ្ជីឱសថឧទាហរណ៍ ការបន្ថែមជីវសាស្ត្រដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបានដែលអាចជំនួសបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី។
 - ប្រភេទឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមប្រភេទឱសថទាំងនេះអាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផ្នែក **B14**។
 - អ្នកឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់អ្នកនូវជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តតាមដើម្បីស្នើសុំករណីលើកលែង។ សូមអានសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។
- **លុបបំបាត់ឱសថគ្មានសុវត្ថិភាព និងឱសថដទៃទៀតដែលត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។** ពេលខ្លះឱសថមួយអាចត្រូវបានគេរកឃើញថាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយហេតុផលផ្សេងៗ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី បញ្ជីឱសថភ្លាមៗ។
ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ ហើយអាចធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើងប្រសិនបើ៖

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



Food and Drug Administration (FDA, រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ)
ផ្តល់ការណែនាំថ្មីឬមានការណែនាំអំពីការព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។

- យើងដកឱសថមានម៉ាកយីហោចេញពី **បញ្ជីឱសថ** នៅពេលបន្ថែមឱសថទូទៅដែលមិនមែនជាឱសថថ្មីក្នុងទីផ្សារ ឬ
- យើងបានដកចេញផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅពេលបន្ថែមជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ឬ
- យើងផ្លាស់ប្តូរវិធាននិងការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងសំរាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោមួយនេះ។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅនឹង **បញ្ជីឱសថ** ឬ
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹងនិងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថនោះចំនួន 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបើកឱសថថ្មី។

ការធ្វើដូច្នេះ នឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់លោកអ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- បើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង **បញ្ជីឱសថ** ដែលអ្នកអាចប្រើជំនួសឬ
- ថាតើត្រូវស្នើសុំករណីលើកលែងសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដែរឬទេ? ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីករណីលើកលែង សូមមើលសំណួរ B10-B12។

B4. តើមានការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថឬសកម្មភាពណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានឱសថមួយចំនួនដែរឬទេ?

ប្រាកដណាស់ ឱសថមួយចំនួនមានវិធានរ៉ាប់រង ឬមានដែនកំណត់លើបរិមាណដែលលោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់។ ក្នុងករណីខ្លះ លោកអ្នកឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីមួយមុនពេលលោកអ្នកអាចទទួលបានឱសថនោះ។ ឧទាហរណ៍៖

- **ការយល់ព្រមជាមុន៖** សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ផ្នែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាមុនសិន មុននឹងលោកអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការយល់ព្រមជាមុនខុសពីការបញ្ជូនបន្ត។ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan អាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន។
- **បរិមាណកំណត់៖** ពេលខ្លះគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ដាក់កំណត់ចំពោះចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលយកបាន។

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



ការព្យាបាលជាជំហាន៖ ជួនកាលគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តម្រូវឱ្យអ្នកធ្វើការព្យាបាលជាជំហាន។ ប្រការនេះមានន័យថា លោកអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថតាមលំដាប់ជាក់លាក់មួយចំនួនសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នកគិតថាឱសថដំបូងមិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់លោកអ្នកទេ នោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទីពីរ។ អ្នកអាចស្វែងរកថា តើឱសថរបស់អ្នកមានការតម្រូវឬការដាក់កម្រិតបន្ថែមដែរឬទេដោយការចូលមើលតារាងនៅក្នុង

ផ្នែក C។ អ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាម blueshieldca.com/medformulary2027។ យើងបានបង្ហាញតាមអនឡាញនូវឯកសារដែលពន្យល់អំពីការយល់ព្រមជាមុន និងការដាក់កម្រិតនៃការព្យាបាលជាជំហាន។ យើងក៏អាចផ្ញើជូនលោកអ្នកតាមការស្នើសុំផងដែរ។

លោកអ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងបានពីការដាក់កំណត់ទាំងនេះ។ ការធ្វើដូច្នេះនឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់លោកអ្នក។ គាត់អាចជួយលោកអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តថា តើមានឱសថស្រៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដែលលោកអ្នកអាចប្រើជំនួស ឬក៏ត្រូវស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

B5. តើខ្ញុំនឹងតាមវិធីណាមួយឱសថដែលខ្ញុំត្រូវការមានការដាក់កំណត់ ឬថា តើត្រូវអនុវត្តវិធានការចាំបាច់អ្វីខ្លះដើម្បីទទួលបានឱសថនោះ?

តារាងនៅក្នុងផ្នែក ដែលមានចំណងជើងថា “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ” មានតារាងជួរឈរដែលមានឈ្មោះ “វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កម្រិត ឬការកំណត់ចំពោះការប្រើប្រាស់។”

B6. តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់ពួកគេអំពីរបៀបដែលពួកគេធានារ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍៖ ការយល់ព្រមជាមុន ការកំណត់បរិមាណនិង/ឬការដាក់កម្រិតការព្យាបាលជាជំហាន)?

ក្នុងករណីខ្លះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនប្រសិនបើយើងបន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការយល់ព្រមជាមុន បរិមាណកំណត់ និង/ឬ ការដាក់កម្រិតលើការព្យាបាលជាជំហានដោយប្រើឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B3 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការជូនដំណឹងជាមុននេះ និងស្ថានភាពនានាដែលយើងមិនអាចប្រាប់អ្នកជាមុននៅពេលវិធានរបស់យើងអំពីឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ផ្លាស់ប្តូរ។

B7. តើលោកអ្នកអាចស្វែងរកឱសថក្នុង *បញ្ជីឱសថ* តាមវិធីណា?

មានមធ្យោបាយពីរក្នុងការស្វែងរកឱសថ៖

- អ្នកអាចស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម **ឬ**

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



- អ្នកអាចស្វែងរកតាមស្ថានភាពសុខភាព។

ដើម្បីស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម សូមរកមើលឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ លោកអ្នកអាចស្វែងរកវានៅក្នុងលិបិក្រមដែលចាប់ផ្តើមនៅលើទំព័រ 140 ។ លិបិក្រមនេះផ្តល់នូវបញ្ជីឈ្មោះឱសថទាំងអស់តាមអក្ខរក្រមដែលដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងឯកសារនេះ។ ទាំងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងទាំងឱសថទូទៅត្រូវរាយឈ្មោះនៅក្នុងលិបិក្រមនេះ។ ស្វែងរកនៅក្នុងលិបិក្រម ហើយរកឃើញឱសថរបស់លោកអ្នក។ នៅជាប់នឹងឱសថរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកនឹងឃើញលេខទំព័រដែលលោកអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងរកតាមរយៈស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ សូមរកមើលផ្នែកដែលមានឈ្មោះ “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ”។ ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានចាត់តាមប្រភេទផ្សេងៗដោយផ្អែកលើប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលវាព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែស្វែងរកមើលនៅក្នុងប្រភេទភ្នែកដាវសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

B8. មានបញ្ហាអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើ ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថ?

ប្រសិនបើអ្នករកមិនឃើញឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុង បញ្ជីឱសថទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតកថានៃឯកសារនេះ ហើយសាកសួរអំពីឱសថនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងថាគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះទេ លោកអ្នកអាចធ្វើកិច្ចការមួយក្នុងចំណោមកិច្ចការខាងក្រោម៖

- ស្នើផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសុំបញ្ជីឱសថស្រដៀងនឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ បន្ទាប់មក បង្ហាញបញ្ជីដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត។ ពួកគេអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលដូចគ្នានឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ **ឬ**
- ស្នើសុំគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែង ដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



B9. តើមានបញ្ហាអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំគឺជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan និងមិនអាចរកឃើញឱសថរបស់ខ្ញុំនៅលើបញ្ជីឱសថ ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំ?

យើងអាចជួយបាន។ យើងអាចរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្នដល់លោកអ្នករយៈពេល 30 ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកក្លាយជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ ការធ្វើដូច្នេះ នឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់លោកអ្នក។ គាត់អាចជួយលោកអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តថា តើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលលោកអ្នកអាចប្រើជំនួស ឬក៏ត្រូវស្នើសុំការលើកលែង។

ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្គាប់ឱ្យប្រើឱសថរយៈពេលតិចជាងនេះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជាបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលការប្រើថ្នាំជាអតិបរមាបាន 30 ថ្ងៃ។

គោលការណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ

នៅក្នុងកាលៈទេសៈដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កំពុងកែប្រែពីមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៅមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៀត គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងធានាឱ្យមានដំណើរការឆាប់រហ័សសម្រាប់ការអនុម័តឱសថផ្នែក D ដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថ។ ដំណើរការនេះនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះបញ្ជីឱសថផ្នែក D ដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬការព្យាបាលជាជំហាន។ ឧទាហរណ៍ពីកម្រិតផ្លាស់ប្តូរការថែទាំ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលចេញពីមន្ទីរពេទ្យទៅសម្រាកផ្ទះ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបញ្ចប់ការសម្រាកនៅមន្ទីរថែទាំជំនាញនៃ Medicare ផ្នែក A របស់ខ្លួន និងអ្នកដែលត្រូវការប្តូរគ្រឿងប្រើប្រាស់ទៅបញ្ជីឱសថគម្រោងផ្នែក D អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានចេញពីមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត ដែលមានរបបថ្នាំលក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួនខ្ពស់។

B10. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំបានទេ?

ពិតជាបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងឱ្យកែប្រែវិធានលើឱសថរបស់លោកអ្នកផងដែរ។

- ឧទាហរណ៍ គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan អាចកំណត់ចំនួនឱសថដែលយើងនឹងរ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើឱសថរបស់លោកអ្នកមានកំណត់ លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងកែប្រែការកំណត់ និងឱ្យរ៉ាប់រងថែមទៀត។
- ឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងទម្លាក់ចោលនូវការដាក់កំហិតចំពោះការព្យាបាលតាមជំហាន ឬការទាមទារឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



B11. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងបានតាមរបៀបណា?

ដើម្បីស្នើសុំនូវការលើកលែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ អ្នកគាំពាររបស់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងធ្វើការជាមួយអ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកស្នើសុំនូវការលើកលែង។ អ្នកក៏អាចអានជំពូកទី 9

ផ្នែក G2 នៃ សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការលើកលែង។

B12. តើត្រូវចំណាយពេលវេលាប៉ុន្មានដើម្បីទទួលបានការលើកលែង?

បន្ទាប់ពីយើងទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលគាំទ្រសំណើសុំការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចមួយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះតាមអេឡិចត្រូនិក (តាមអនឡាញ ឬទូរសារ) ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកឱសថស្ថានរបស់

Blue Shield តាមរយៈលេខ (800) 535-9481 ហើយផ្តល់ឱ្យយើងនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយបន្ទាប់មកធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើង ប្រសិនបើចាំបាច់។

ប្រសិនបើលោកអ្នកឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នកគិតថាសុខភាពរបស់លោកអ្នកអាចមានគ្រោះថ្នាក់ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចរយៈពេល 72 ម៉ោង លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងឆាប់រហ័ស។ វានឹងនាំឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចឆាប់រហ័ស។

ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាគាំទ្រសំណើរបស់លោកអ្នក យើងនឹងផ្តល់ជូន

លោកអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចមួយក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងនៃ

ការទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

B13. តើឱសថប្រភេទទូទៅជាអ្វី?

ឱសថទូទៅត្រូវបានផលិតឡើងពីសមាសធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកយីហោដែរ។ ជាធម្មតា ឱសថទាំងនេះមានតម្លៃថោកជាងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ

ហើយជាទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា។ ជាធម្មតា ឱសថទូទៅមិនសូវមានឈ្មោះល្បីនោះទេ។

ឱសថទូទៅ ត្រូវបានអនុម័តដោយ Food and Drug Administration (FDA) ។

មានឱសថទូទៅដែលអាចរកបានសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោជាច្រើន។ ជាធម្មតា

ឱសថទូទៅអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោនៅឱសថស្ថានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី— អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ។

គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan វាបំបែកទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ និងឱសថទូទៅ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាអី ហើយតើ វាពាក់ព័ន្ធយ៉ាងណាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា?

នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើឱសថ វាអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ គឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ ដោយសារតែផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា ជំនួសឱ្យការមានទម្រង់ទូទៅ វាមានទម្រង់ដែលគេហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាធ្វើការល្អដូចផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយអាចមានតម្លៃថោកជាង។ មានជម្រើសផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួន គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបានហើយ អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ អាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចគ្នានឹងឱសថទូទៅ អាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទឱសថ សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក។

B15. តើគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan វាបំប្លែងលើការផ្គត់ផ្គង់ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរ ឬទេ?

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់ អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ជាទូទៅ ឱសថដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ គឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃ ឬរយៈពេលវែង។ ឱសថមិនអាចស្វែងរកបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុង គម្រោងរបស់យើង ត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

- **សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។** យើងផ្តល់ជូននូវសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ រហូតដល់ 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន កម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅ កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បាន។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន និងកម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 1 និងទី 2។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បានមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 3 និងទី 4។
- **កម្មវិធីឱសថស្ថានលក់រាយ។** ឱសថស្ថានលក់រាយមួយចំនួនក៏អាចផ្តល់ជូន ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន កម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅ កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បាន។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន និងកម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 1 និងទី 2។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 3: ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4: ឱសថដែលមិនចង់បានមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 3 និងទី 4។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



B16. តើខ្ញុំអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយដឹកជញ្ជូនទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំដែរឬទេ?

ឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់អ្នកប្រហែលជាអាចដឹកជញ្ជូនវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាឱសថស្ថានរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើពួកគេផ្តល់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែរ ឬទេ។

B17. តើប្រាក់បង់រួមរបស់ខ្ញុំមានប៉ុន្មាន?

សមាជិកគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan មានការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាប្រសិនបើសមាជិកអនុវត្តតាមវិធានរបស់គម្រោង។

កម្រិត គឺជាក្រុមឱសថនៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើង។

- ឱសថកម្រិតទី 1 គឺជាឱសថទូទៅដែលចង់បាន
- ឱសថកម្រិតទី 2 គឺជាឱសថទូទៅ
- ឱសថកម្រិតទី 3 គឺជាឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន
- ឱសថកម្រិតទី 4 គឺជាឱសថដែលមិនចង់បាន
- ឱសថកម្រិតទី 5 គឺជាឱសថកម្រិតឯកទេស

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតក្រដាសនៃឯកសារនេះ។

លំដាប់ថ្នាក់	ការពាណិជ្ជ	ប្រាក់បង់រួម	
		ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
កម្រិតថ្នាក់ទី 1	ឱសថទូទៅដែលចង់បាន	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ទី 2	ឱសថទូទៅ	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ទី 3	ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានបានរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ \$0.00, \$1.65, \$5.80 សម្រាប់ឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង ផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ \$0, \$5.00, \$14.40	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានបានរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ \$0.00, \$1.65, \$5.80 សម្រាប់ឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង ផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ \$0, \$5.00, \$14.40

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



		ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ \$0.00 - \$14.40 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអាងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help នោះទេ អ្នកនឹងមិនចំណាយលើសពីចំនួនតិចជាង \$35.00 ក្នុងមួយខែ \$70 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ \$105 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែនៃផលិតផលអាងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រងនៅក្នុងកម្រិតនេះ ឬ 17% នៃការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រងនៅក្នុងកម្រិតនេះ។ ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ \$0.00 - \$14.40 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអាងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help នោះទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពីចំនួនតិចជាង \$35.00 ក្នុងមួយខែ \$70 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ \$105 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែសម្រាប់ផលិតផលអាងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ ឬ 17% នៃការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។
កម្រិតថ្នាក់ទី 4	ឱសថដែលមិនចង់បាន	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ \$0.00, \$1.65, \$5.80	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានប្រាក់រ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ \$0.00, \$1.65, \$5.80

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



		សម្រាប់ឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង ផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ \$0, \$5.00, \$14.40 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ \$0.00 - \$14.40 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពីចំនួនតិចជាង \$35.00 ក្នុងមួយខែ \$70 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ \$105 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែនៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ ឬ 17% នៃការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។	សម្រាប់ឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង ផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ \$0, \$5.00, \$14.40 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ \$0.00 - \$14.40 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពីចំនួនតិចជាង \$35.00 ក្នុងមួយខែ \$70 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ \$105 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែសម្រាប់ផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ ឬ 17% នៃការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។
កម្រិតថ្នាក់ទី 5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានបានរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ \$0.00, \$1.65, \$5.80	មិនមាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027)។



		សម្រាប់ឱសថដែលបានមាន រ៉ាប់រង ផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ \$0.00, \$5.00, \$14.40 ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help ទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពី 25% នៃការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលនីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះទេ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។	
--	--	--	--

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027)។



C. សេចក្តីសង្ខេបនៃ បញ្ជីនៃឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង

បញ្ជីនៃឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

ប្រសិនលោកជួបបញ្ហាក្នុងការស្វែងរកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជី សូម

ត្រឡប់ទៅអានលិខិតបញ្ជាក់នៃឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង **ផ្នែក D**។

លិខិតបញ្ជាក់រាយឈ្មោះឱសថទាំងអស់ដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមអក្ខរក្រម។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវិទ្យុសកម្មជាក់លាក់មួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបញ្ជីសម្គាល់អ្នកទទួលបាន (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើក ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្រោមផ្នែក D

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការមួយនៃការស្នើឱ្យយើងពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើឡើងចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរវា ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាយើងធ្វើឡើងដោយមានកំហុស។
- ឧទាហរណ៍ យើងអាចសម្រេចថា ឱសថដែលអ្នកចង់បានគឺមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងទៀតហើយពីគម្រោង Medicare ឬ Medi-Cal។
- ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតក្រដាសនៃឯកសារនេះ។
- អ្នកក៏អាចអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីឈ្លែងយល់ពីរបៀបប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចណាមួយ។
- ឱសថដែលមិនមែនជាឱសថផ្នែក D មានវិធានផ្សេងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានចាត់តាមប្រភេទផ្សេងៗដោយផ្អែកលើប្រភេទ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានជំងឺបេះដូង លោកអ្នកគួរតែស្វែងរកមើលនៅក្នុងប្រភេទភ្នាក់ងារសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

សេចក្តីពន្យល់		
លំដាប់ថ្នាក់	ឈ្មោះ	
1	ឱសថទូទៅដែលចង់បាន	
2	ឱសថទូទៅ	
3	ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន	
4	ឱសថដែលមិនចង់បាន	
5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	
និមិត្តរូប	ឈ្មោះ	ការព័ណ៌នា
LA	ការចូលប្រើមានកំណត់ (Limited Access)	ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានេះអាចរកបានតែនៅតាមឱសថស្ថានមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមសូមពិគ្រោះជាមួយបញ្ជីរាយឈ្មោះឱសថស្ថានរបស់អ្នកឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់យើង។
PA	ការអនុញ្ញាតជាមុន (Prior Authorization)	ការរ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានេះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពី Blue Shield។ ទូរសព្ទទៅ Blue Shield ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ការធានារ៉ាប់រង។ ឱសថមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានការកំណត់ការរ៉ាប់រងផ្នែក B ឬផ្នែក D ដោយផ្អែកលើវិធានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare។
QL	ការកំណត់បរិមាណ (Quantity Limit)	ការប្រើថ្នាំនេះមានកម្រិតដូសឬបរិមាណកំណត់តាមវេជ្ជបញ្ជា។ ការដាក់កំណត់កម្រិតដូសអតិបរមាក្នុងមួយថ្ងៃត្រូវបានកំណត់ដោយ FDA ហើយបានរាយក្នុងលិខិតណែនាំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។ ការដាក់កំណត់បរិមាណផ្សេងទៀតលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការប្រើប្រាស់ដូសរួមនៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។
ST	ការព្យាបាលជាជំហាន (Step Therapy)	ការរ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានេះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅពេលដែលការព្យាបាលតាមជួរទីមួយ ឬការព្យាបាលដែលចង់បានផ្សេងទៀតត្រូវបានសាកល្បង (ការព្យាបាលតាមជំហាន)។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



NDS	ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមិនអាចបន្តលើចំនួនថ្ងៃកំណត់បាន (Non-Extended Day Supply) ឱសថមិនមានសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង។
-----	--

កូឡេស្ទេរ៉ូលនៃតារាងនេះរាយឈ្មោះឱសថ។ ឱសថទូទៅត្រូវបានរាយជាអក្សរតូចទ្រេត (ឧទាហរណ៍ *simvastatin*) ឱសថមានម៉ាកយីហោមានអក្សរធំ (ឧទាហរណ៍ ELIQUIS) ព័ត៌មាននៅក្នុងកូឡេស្ទេរ៉ូល “ចំណាត់ការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការដាក់កំណត់លើការប្រើប្រាស់” ប្រាប់អ្នកថា តើគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan មានវិធានណាមួយសម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដែរ ឬទេ ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2027](https://www.blueshieldca.com/medformulary2027)។



D. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

នៅក្នុងផ្នែកនេះ អ្នកអាចរកឃើញឱសថដោយការស្វែងរកឈ្មោះរបស់វាតាមអក្ខរក្រម។ វានឹងប្រាប់អ្នកពីលេខទំព័រដែលអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លីនិកនៃឱសថ (កម្រិតទូទៅ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលអកុសលកោតនាក្នុងការពន្លាតជាយូរមកហើយ។
ហើយអានការពន្យល់ដល់មានផ្ទៃដល់ក្នុងសម្រេចក្នុងពេលនេះ។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃថ្នូរ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<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>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<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

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយក្រុមការងារស្រាវជ្រាវនៃអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងប្រព័ន្ធធានាសុខភាព
ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្នាំ (ក្រិតូទ្រាម)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
<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 (30 PER 30 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 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 (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS

អនុករអាចស្តង់ដារកែតម្រូវបានស្ថិតិពេញលំយោលនៃមិត្តភាពប្រាកដថាអនុសាសន៍នាំគ្នាទៅវិញទៅហើយ។

ជាយូរមកហើយការកែតម្រូវ <xiv>

ហើយអានការពន្យល់របស់យើងដែលមានផ្ទាំងបង្ហាញសម្រាប់ពន្យល់នេះ។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយក្រុមការងារស្រាវជ្រាវនៃអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងប្រព័ន្ធធានាសុខភាព
ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANESTHETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្លៃថ្នូរ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 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 (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹបបង់ប្រាក់ប្រចាំថ្ងៃ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

**អនុករអាចស្តង់ដារកែតម្រូវបានស្ថិតិពីរបស់យើងនៃមិត្តភាពបញ្ចេញនិងអកុសលកាន់កាប់ក្នុងការវិនិយោគ
ជាយូរឆ្នាំកាន់កាប់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់ជំនួយមានផ្ទាល់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (ក្រិតូទ្រាម)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<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>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	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	

អនុករោចសុត្តន្តបិដក

មុនករោចសុត្តន្តបិដក

ជាយថាហេតុវិនិច្ឆ័យ

ហើយអានការពន្យល់ជំនួញបាលីផងក្នុងសូត្រនេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
<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	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារ និងអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងជំងឺឆ្លង
ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងជំងឺឆ្លង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML- % SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារ និងការកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយការកំណត់កំហិត ^{<xiv>}
ហើយអនុករណ៍ពន្យល់ដល់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	Tier 2	
<i>cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i>	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
<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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមក្នុងក្របខណ្ឌនៃកម្មវិធីការពារសុខភាពប្រជាជន
 ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្នាំ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែងប្លែងបង្កើនថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i>	Tier 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	
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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអត្តសញ្ញាណកម្មរបស់អ្នកនៅក្នុងតារាង៖
ជាយថ្នាប្រចាំការទំនើប <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)	Tier 2	
pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
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)	Tier 4	
CARBAPENEMS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	Tier 3	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
azithromycin 500 mg recon soln	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	

**អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃមិត្តភក្តិស្នាមញញឹមនៃអកុសកោតនាភូមិសាស្ត្រនៃព្រះ
ជាយចូលទៅកាន់ទីពឹង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រទេសផងលក្ខណៈសង្គមក្នុងពេលនេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
e.e.s. 400 400 mg tab	Tier 4	
erythrocin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	Tier 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
fidaxomicin 200 mg tab	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	Tier 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
levofloxacin 25 mg/ml solution	Tier 4	
levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	Tier 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	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

**អនុករអាចសុំថវិកាពីឥរិយាបថនៃស្ថិតិពីអត្ថប័ណ្ណនៃស្ថិតិស្រាវជ្រាវនៃអង្គការក្នុងតំបន់ក្នុងតំបន់នេះ
ជាយូរមកហើយ។** **ឯកសារនេះ** **<xiv>**
ហើយអាចការពារយល់ដឹងបានផងដែរក្នុងសៀវភៅនេះ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SULFONAMIDES		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
TETRACYCLINES		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>mondoxylene nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICONVULSANTS, OTHER		
<i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអាក្រក់ក្នុងការកំណត់ថ្លៃថ្នាំ
 ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃថ្នាំ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់បង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	Tier 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិព្រះពុទ្ធនិងអ្នកសម្រាប់កុំប៉ះពាល់ដល់
 ជ័យជំនះក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្តីរបស់ប្រព័ន្ធនៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំរិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	Tier 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	

**អនុករអាចសុំថវិកាពីឥរិយាបថនៃស្ថិតិពីអត្ថប័ណ្ណនៃស្ថិតិស្រាវជ្រាវនៃអង្គការក្នុងតំបន់ក្នុងតំបន់នេះ
ជាយូរមកហើយ។** **ឯកសារនេះ** **<xiv>**
ហើយអាចការពារយល់ដឹងបានផងដែរក្នុងសៀវភៅនេះ។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាំថ្មី (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	Tier 4	QL (60 PER 30 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)

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺក្រហាយបានតាមរយៈការប្រជុំជាមួយគ្រូពេទ្យ។
វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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 (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនីតិវិធីស្របតាមការណែនាំ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (2400 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (240 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរំលោភបំពានប្រព័ន្ធភ័យចិត្ត
 ជាមួយការកំណត់កម្រិតថ្នាំ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTICONVULSANTS

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

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 MG/1.25ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (10 ML PER 28 DAYS)
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (7.2 ML PER 28 DAYS)
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 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)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាលនៃក្រុងភ្នំពេញ
ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្ននៃក្រុងភ្នំពេញ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	Tier 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាល
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការក្នុងក្រុង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (ក្រិតេរីយ៉ា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	

**អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិមិត្តតុល្យភាពនៃអកុសកោតនាក្នុងការពន្យល់
ជាយូរមកហើយ។ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រទេសដែលក្នុងសហគមន៍ពិភពលោក។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (30 PER 30 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 (90 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយក្រុមការងារស្រាវជ្រាវនៃអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងសុខភាពប្រជាជន
ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្នាំថ្នាក់ទី២ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	

[illegible]

ANTIDEPRESSANTS

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

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

អនុករណបស្ថវិទ្យាវេជ្ជសាស្ត្រស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការកំណត់តម្លៃថ្នាំ
ជាមួយនឹងការកំណត់តម្លៃថ្នាំ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កបង្កើនថ្លៃថ្នូរថ្នាំ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កបង្កើនថ្លៃថ្នូរថ្នាំ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថបទនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ជំងឺឈាម
ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ថ្នាំ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	Tier 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	Tier 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	Tier 4	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារ និងការកាត់បន្ថយការបាត់បង់ថវិកា
 ជាមួយប្រព័ន្ធកែបសុខាភិបាល <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី៤ (កម្រិតថ្នាក់ទី៤)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<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	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី៤ (កម្រិតថ្នាក់ទី៤)	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 (120 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី៤ (កម្រិតថ្នាក់ទី៤)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនៃកម្មវិធីការពារសុខភាពប្រជាជន
ដោយចូលរួមការងារនៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនៃកម្មវិធីការពារសុខភាពប្រជាជន
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ERGOT ALKALOIDS		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

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

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការរំលោភបំពាន
ដោយចូលរួមក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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	
PRETOMANID 200 MG TAB	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<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	
<i>rifapentine 150 mg tab</i>	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>lomustine 100 mg cap</i>	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
 ជាមួយការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIANDROGENS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិពីអត្ថបទនេះនឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការកំណត់ត្រាឬការវាយតម្លៃ
ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការព្យាបាល <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេតាបូលីតដែលបានកំណត់នៅក្នុងតារាងនេះ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់បង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	Tier 5	LA, QL (1 ML PER 28 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 (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិព្យាបាលអង្គការកាត់កាត់កុំព្យូទ័រ
ជាមួយប្រព័ន្ធកាត់កាត់កុំព្យូទ័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Tier 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារ និងការកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយប្រព័ន្ធកាត់ទឹក ^{<xiv>}
ហើយអនុករណ៍ពន្យល់ដល់ប្រជាជនក្នុងស្ថានភាពសុខាភិបាលក្រុង។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹបបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (ក្រុមប្រឹក្សា)	វិធានការបំបាត់ការដាក់កំហុសឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករអាចស្តាប់ខែកើតមាសស្តីពីអត្ថបទនៃនិមិត្តតួសព្វញ្ញាទិចអកុសរកាត់នាំកុល្យាណានេះ
 ដោយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់ដល់បទដ្ឋង្គកុល្យាណានេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការព្យាបាលអត្តសញ្ញាណកម្មនៃអត្តសញ្ញាណកម្មនៃក្រុមគ្រប់គ្រងការព្យាបាល៖
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 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 4	QL (30 PER 30 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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអំពីថ្នាំដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងនេះ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី១ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុខ
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណបស្ថាប័នកែលម្អសុខភាពស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្តូរមុខ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្នាំថ្មី (ក្រុមថ្នាំ)	វិធានការបង់ប្រាក់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 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 (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃមិត្តភក្តិស្នាមញញឹមនៃអកុសកោតនាភូមិសាស្ត្រនៃព្រះ
ជាយចូលទៅកាន់ទីពឹង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រទេសដែលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពនេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី១ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុខ
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 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
KOMZIFTI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្រព័ន្ធនៃអ្នកសរសេរក្នុងការព្យាបាល៖
ជ័យជ័យក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី១ (កម្រិតថ្នាក់ទី១)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិពីអត្ថបទនេះនឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការកំណត់ត្រាឬការកំណត់ត្រា
 ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ^{<xiv>}
 ហើយអាចមានការកែសម្រួលផ្សេងៗទៀតក្នុងអំឡុងពេលនេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃថ្នូរ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 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 (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករោចសុត្តន្តបិដក

មុនករោចសុត្តន្តបិដក

ជាយថាហេតុកាលានុវត្តន៍

ហើយអាណាពលាយង់ជនៃមានផ្សំដល់កល្យាណសម្រាប់ទីពឹង។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 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 (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលមហារីកក្នុងតារាង៖
ជ្រាយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី១ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពស្របច្បាប់ស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេរោគកម្រិតទី១
 ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេរោគកម្រិតទី១ <xiv>
 ហើយអនុករណ៍សុវត្ថិភាពស្របច្បាប់ស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេរោគកម្រិតទី១។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្តីរបស់ប្រព័ន្ធនៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលអកុសរោគនៅក្នុងការពិនិត្យជាមួយការវិនិច្ឆ័យ ^{<xiv>} ហើយអានការពន្យល់ដល់មានផ្ទៃក្នុងសម្រាប់ពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 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 (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមហារីកក្នុងកម្រិតថ្លៃថ្នាក់
ជាមួយការកំណត់កម្រិតថ្លៃថ្នាក់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងកម្រិតថ្លៃថ្នាក់។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាំថ្មី (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
 ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាំថ្មី (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (300 PER 30 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	

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិពីអត្ថបទនេះនឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការកំណត់ត្រា
ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះថ្នាំ	លម្អិតបន្ថែម (អំពីថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់ការប្រើប្រាស់
TREATMENT ADJUNCTS		
mesna 400 mg tab	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ មុនី (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tab	Tier 4	
ivermectin 3 mg tab	Tier 2	
praziquantel 600 mg tab	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	Tier 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)	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)
chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

អរុណភរាចសុវចនេកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថប័ណ្ណនៃនិមិត្តតុស្សញ្ញាតិចអកុសរកាតនវកុនុចតារាងនេះ
 ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់ដល់បទដ៏សំខាន់ៗនៃកុនុចសច្ចករណ៍នេះ។

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	Tier 2	
nitazoxanide 500 mg tab	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 3	
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 2	
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្គាប់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICHOLINERGICS		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចសុំចែកព័ត៌មានសុីពីរេតូបន័យនៃមិត្តភាពព្រឹទ្ធសភានិងអង្គការកាន់កាប់ដោយសហគមន៍
ជាយថ្ងៃទីកាន់កាប់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់ជ្រៅបំផុតរបស់ក្រុមសហគមន៍។**

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (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)	Tier 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
<i>bromocriptine mesylate</i> (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	Tier 2	
<i>ropinirole hcl</i> (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er</i> (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa</i> (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa</i> (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa er</i> (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate</i> (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>selegiline hcl</i> (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

អនុកោសល្យនៃកម្រិតថ្លៃឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារស្រាវជ្រាវនៃអង្គការកាត់បន្ថយការបាត់បង់ប្រាក់ចំណូល៖
 ជាមួយនឹងការកំណត់ថ្លៃសេវា <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់បង្គាប់ឱសថ អ្នក (កម្រិតបង្គាប់)	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	
<i>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)</i>	Tier 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអ្នកកាន់កាប់ក្នុងការពិនិត្យ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	Tier 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនៃវិធានការស្តីពីការកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល
 ជាមួយនឹងការកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារសុខភាពសាធារណៈ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តស្របតាមការណែនាំ
ជាមួយចូលទៅកាន់ទំព័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រភេទថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តស្របតាមការណែនាំ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រចាំថ្ងៃនៃឱសថ មុនី (កម្រិតបង់ប្រចាំថ្ងៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), 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

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការព្យាបាលអ្នកជំងឺប្រព្រឹត្តិកម្ម
ជាយូរមកហើយ។^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កប់ផ្តល់ឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (60 PER 30 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 (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កប់ផ្តល់ឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញា និងអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញា
ជាមួយគ្នាបាននៅទីនេះ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅទីនេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារ និងការកាត់បន្ថយការរីករាលដាលនៃជំងឺឈាមក្រហម និងជំងឺឈាមផ្សេងៗទៀត។
 វិធានការពន្យល់លំដាប់ថ្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្លៃថ្នាំ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាលនៃក្រុងភ្នំពេញ
 ជាយថ្នាក់កណ្តាលនៃក្រុងភ្នំពេញ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់បច្ចេកវិទ្យាថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍នៅក្នុងការពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍។
វិធានការពន្យល់ដល់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺអេដស៍

ANTIVIRALS

ឈ្មោះថ្នាំ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសង់ អតិរេក (កំណត់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNZO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)

**អនុករអាចសុំថវិកាពីឥរិយាបថនៃស្ថិតិពីអត្ថប័ណ្ណនៃស្ថិតិស្រាវជ្រាវនៃអង្គការក្នុងតំបន់ក្នុងតំបន់នេះ
ជាយូរមុននៃការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រព័ន្ធនៃស្ថិតិស្រាវជ្រាវនៃអង្គការក្នុងតំបន់នេះ។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	Tier 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYM TUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	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)

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារ និងអនុវត្តការងារកំណត់ត្រា និងការត្រួតពិនិត្យ
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ត្រា <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្ទុកឱសថ មុនី (កំរិតផ្ទុក)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្ទុកឱសថ មុនី (កំរិតផ្ទុក)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាល
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការក្នុងក្រុង
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្លៃសេវា មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	Tier 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

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

[illegible]

BIPOLAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្គាប់បង្គាប់ឱសថ អ្នក (កំរិតបង្គាប់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
dapaglifloz base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

**អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិមិត្តតុល្យភាពនៃអកុសកោតនាគុណភាពនេះ
ជាយូរមុននូវការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រភេទផលប៉ះពាល់សង្គមសេដ្ឋកិច្ចនៃវិមិត្តតុល្យភាពនេះ។**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្តីរបស់ប្រទេសខ្មែរ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលអកុសលកោតនាក្នុងការពន្លាតជាយូរមកហើយ។
ហើយអានការពន្យល់ដល់មានផ្ទៃដល់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 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 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 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	
<i>glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)</i>	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំកំណត់ត្រា និងការកំណត់ត្រា
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ត្រា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតពីរបៀបបំប៉នឱសថ អ៊ី (កំរិតចុះតាម)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)

**អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិមិត្តតុល្យភាពនៃអកុសកោតនក្កន្តតារាងនេះ
ជាយចូលទៅកាន់ទីពឹង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រភេទផលប៉ះពាល់សង្គមនៃវិមិត្តតុល្យភាពនេះ។**

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (120 PER 30 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 prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)</i>	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)

អនុករណបស្ថវិទ្យាព័ត៌មានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងនេះ
ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់កម្រិតថ្លៃឱសថ។^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលសុខភាពស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលនិងអនុសាសន៍ក្នុងការព្យាបាល៖
 ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ មុន (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	Tier 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំបំប្រែឈាមសរសៃឈាមនៅក្នុងការព្យាបាលជំងឺឈាមដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា មុន (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Tier 1	QL (30 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា មុន (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រើប្រាស់ និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ជាមួយបុគ្គលិកផ្នែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន។
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ទី១ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	

**អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិមិត្តតុល្យភាពនៃអកុសកោតនាគុណភាពនេះ
ជាយូរមុននៃការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រភេទផលប៉ះពាល់សង្គមសេដ្ឋកិច្ចនៃវិមិត្តតុល្យភាពនេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digox 125 mcg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
<i>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	

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺចិត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអន្តរជាតិ
 ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្នាំ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបានដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបានពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព
 ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការថ្លៃថ្នាំ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតពីការថ្លៃថ្នាំសម្រាប់ជំងឺពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)	Tier 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	Tier 2	
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)	Tier 2	
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)	Tier 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	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	
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)	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	Tier 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	Tier 2	
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)	Tier 1	

**អនុករអាចស្តង់ដារកែតម្រូវបានស្ថិតិពីអត្ថបទដែលបានផ្តល់ឱ្យក្នុងការពិនិត្យស៊ីវិល និងអភិបាលកិច្ចក្នុងការគ្រប់គ្រង
ជាយូរមកហើយ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអត្តសញ្ញាណកម្មរបស់អ្នកនៅក្នុងតារាងនេះ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុន (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	

អនុករណបស្ថវចៃកព័ត៌មានសុតិពីអត្ថបទនេះនៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាក់ការកំណត់កំហិតនៃ
 ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រភេទផ្សេងៗនៃសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹបបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (ក្រិតូទ្រាម)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 25 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURETICS, LOOP		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
furosemide 10 mg/ml solution	Tier 4	
torseamide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tab	Tier 2	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	

**អនុករអាចស្តង់ដារកែតម្រូវបានស្ថិតិពីរបស់យើងនៃមិត្តភាពបញ្ចេញនិងអកុសលកាន់កាប់ក្នុងការវិនិយោគ
ជាយូរឆ្នាំកាន់កាប់ទី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់ជំនួយមានផ្ទាល់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យន្តការនៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចេកទេសឱសថ (អ៊ីនធឺណេត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
<i>dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	

អនុករណបសុវចនាភាពសុខភាពសាធារណៈដែលបានកំណត់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្លៃថ្នូរ មុនី (កំរិតថ្នូរ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>nitro-bid 2 % ointment</i>	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 2 % ointment</i>	Tier 3	

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងបង្គោលថ្លៃថ្នូរ មុនី (កំរិតថ្នូរ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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 (60 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបាន ឬអ្នកអាចសួរអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបាន ពីការកំណត់លីការប្រើប្រាស់។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមពីការកំណត់លីការប្រើប្រាស់។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបាន។
ជាមួយនឹងការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ថ្នាំថ្មី (កម្រិតថ្នាំថ្មី)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H, 6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
ជាមួយការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
ហើយអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្មីដែលបានកំណត់លើការប្រើប្រាស់។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃសេវា មុន (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (900 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

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

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការកំណត់តម្លៃសេវា
ជាមួយនឹងការកំណត់តម្លៃសេវា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DENTAL AND ORAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
oralone 0.1 % paste	Tier 3	
periogard 0.12 % solution	Tier 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្តីរបស់ប្រទេសថៃ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	
amnesteam (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	Tier 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	Tier 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	Tier 3	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	Tier 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	Tier 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	

អនុករអាចសុំចំណែកព័ត៌មានសុំពីអត្ថប័ណ្ណនៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលអកុសរោគនៅក្នុងការពិនិត្យជាមួយការវិនិច្ឆ័យ ^{<xiv>} ហើយអាចការពារយល់ដឹងបានផងដែរក្នុងសំណួរស្រាវជ្រាវនេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	Tier 4	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបាន។
 ជាមួយនឹងការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព
 ហើយអានការណែនាំយល់ដឹងបន្ថែមទៀតពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	Tier 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	Tier 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	Tier 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	Tier 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	Tier 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	Tier 4	

អនុករណបស្ថវិទ្យាវេជ្ជសាស្ត្រស្ថិតិអត្ថបទនៃវិធីសាស្ត្រការព្យាបាលអត្ថបទនៃការកាត់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖
 ជាយថ្នាបង្កើនការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	Tier 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	Tier 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
 ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	

អនុករណីសុខាភិបាលស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលបានកំណត់ទុកក្នុងតារាងខាងលើ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ទុកផ្សេងៗទៀត ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបង្គោលឱសថ (កម្រិតទូទៅ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
<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)</i>	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<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	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាល
 ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការក្នុងក្រុង ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអត្រាស្រាប់តែក្នុងការពិនិត្យជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។
វិធានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លីនិកនៃឱសថ (កម្រិតទូទៅ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹបបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	

**អនុករោចស្ថវថៃរេកព័ត៌មានសុភីពីរេគូប័យនៃនិមិត្តតួសញ្ញាពានិឯអកុសរោត៍នាក្នុងការងារ
ជួយចូលទៅកាន់ទី <xiv>
ហើយអាណាពលយល់ដឹងបានផងដែរក្នុងសេចក្ដីពន្យល់នេះ។**

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុន (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTI (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i>	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រការពារសុខភាពសាធារណៈ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
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 (60 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យន្តការនីតិវិធីសុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំចិត្ត <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (60 PER 30 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 (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 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

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលបានកំណត់នៅក្នុងតារាងនេះ
ជាមួយបុគ្គលិកផ្នែកព័ត៌មាន <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	Tier 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមប្រភេទថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (300 PER 30 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 (30 PER 30 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>trospium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	

អនុករោចសុវចនេកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថប័យនៃនិមិត្តតុសញ្ញាព្យាបាលអកុសកោតនាភូតតាវាវាចនៈ
 ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រាសាទដ៏ល្អក្នុងសម្រេកដ៏ពន្យល់នេះ។

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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 (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 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	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់បង្គាប់ឱសថ អ្នក (កម្រិតបង្គាប់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់បង្គាប់ឱសថ អ្នក (កម្រិតបង្គាប់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
----------	--	---

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

*desmopressin ace spray refrig 0.01
% solution* Tier 4

អ្នកកំណត់ស្តង់ដារនៃកម្រិតបង្គាប់បង្គាប់ឱសថ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កប់ថ្នល់ឱសថ មុនី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កប់ថ្នល់ឱសថ មុនី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANDROGENS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាល
ជាយថ្នល់ទីក្រុងទី១ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ESTROGENS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>brielllyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអ្នកបាន ឬអ្នកអាចសួរអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអ្នកបាន ដើម្បីដឹងថា តើមានការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះដែរ ឬទេ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតពីបទប្បញ្ញត្តិថ្នាក់ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំក្នុងការព្យាបាលអត្រាភេទរបស់អ្នកនៅក្នុងការព្យាបាល៖
ជាមួយការណែនាំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា មុនី (អ្វីតម្លៃទាប)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
estradiol 0.01 % cream	Tier 2	
estradiol 10 mcg tab	Tier 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	Tier 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	Tier 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab	Tier 4	
jasmiel 3-0.02 mg tab	Tier 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	Tier 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	

អុណករោចសុវចន្តរេកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថបទនៃយល់ដឹងមិត្តភាពសហគ្រាសនិងអកុសករាត៍នាំក្នុងការងារនេះ

ជាយូរឬបង្កើតការងារ <xiv>

ហើយអាណានិគមនាយកដ្ឋានផលិតផលក្នុងសហគមន៍កសិកម្មនិងពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទព្យាបាលដែលបានប្រើប្រាស់ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	Tier 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab	Tier 4	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	Tier 3	

អនុករោចសុត្តន្តបិដក

ឯកវគ្គទី១៖ ព្រះមហាក្សត្រជ័យវរ្ម័នទី៧

ជាយថាបាទានុវត្តន៍ <xiv>

ហើយអានការពន្យល់ដដែលមានផងលំអិតសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតពីរបៀបប្រើប្រាស់ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
loryna 3-0.02 mg tab	Tier 3	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
luteria 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nikki 3-0.02 mg tab	Tier 3	

អនុករោចសត្វខែរកពំភីមាណស៊ីពីរេតូល័យនៃវិមិត្តគណៈញ៉ាការិនអកុសរោគានាំកុងឧការវងនេះ

ជាយថួបទៅកាលទឹក <xiv>

ហើយអាណការពនយល់ដឹងមានផ្សំជប់កុងឧសចេកដីពនយល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ocella 3-0.03 mg 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>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	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	

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺកំណត់ដោយគ្រូពេទ្យ។
**ជាមួយនឹងការព្យាបាល <xiv>
 វិធានការព្យាបាលដែលបានផ្តល់ជូនសម្រាប់ជំងឺនេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>violele 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	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំក្នុងការព្យាបាលជំងឺក្រហមស្បែក និងជំងឺផ្សេងៗទៀតដែលបានកំណត់ដោយគ្រូពេទ្យ។
**វិធានការចាំបាច់
 ការដាក់កំហិត
 ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
PROGESTINS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	
<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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអត្រាសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានព្យាបាលអត្រាសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទថ្នាំ (អ្នកប្រើប្រាស់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHERA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង្កើនថ្លៃថ្នាំថ្មី (អ៊ីនធឺណិត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
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)	Tier 1	
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)	Tier 3	
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)	Tier 1	

មុនករណីសុចរិតនៃករណីសុចរិតពីអត្ថបទនៃនីតិវិធីស្រាវជ្រាវនិងអនុវត្តន៍ក្នុងការងារនេះ
 ជាយូរមកហើយ។ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់ដល់បទដ្ឋាននៃក្របខណ្ឌនៃការងារនេះ។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទពុលនៃឱសថ មុនី (កំរិតចូល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះថ្នាំ	ឈ្មោះផលិតផលបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់តំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	

អនុករោចសុវចនេកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថប័យនៃវិមិត្តតុស្សញ្ញាណិចអកុសកោតនាភុនុចគារាចនេ៖
 ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់ដល់បទដ្ឋង្គលក្នុងសម្រេកដ៏ពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលើកបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 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 (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលើកបង់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអត្រាស្រស់ស្រាយក្នុងការព្យាបាល៖
 ជាយូរមកហើយការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអ្នកក្នុងតំបន់របស់អ្នកបាន។
ជ្រើសរើសឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រភេទថ្នាំដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រើប្រាស់ឱសថ (កម្រិតប្រើប្រាស់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DUPIXENT (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
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 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 (360 PER 30 DAYS)
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 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 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)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	Tier 5	PA

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនីតិវិធីសុខាភិបាលក្នុងការកំណត់ត្រាស្ថានភាពជំងឺ
 ជាយូរមកហើយ។ ^{<xiv>}
 ហើយអនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនីតិវិធីសុខាភិបាលក្នុងការកំណត់ត្រាស្ថានភាពជំងឺ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លឹបបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)

**អនុករោចស្ថវចៃកពំគីមាណសុតិពីអតថល័យនៃមិត្តភក្ដិបញ្ញាការិនអភូសរកាត់នៅក្នុងការងារជួយ
ជាយូរបួសទៅកាន់ទី <xiv>
ហើយអាណាពេទ្យយល់ដឹងមានផលជប់ក្នុងសម្រេចក្បឹពនយល់នេះ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
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)</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/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 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 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីការកំណត់ថ្លៃឱសថដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងតារាងខាងលើនេះ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ថ្លៃឱសថ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពនៃឱសថដែលបានរាយនាមនៅក្នុងតារាងនេះ
 ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 MG/ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAIXIA RECON SUSP	Tier 4	
ENGRIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឆ្លង និងថ្នាំប្រឆាំងជំងឺកម្រិតទាប
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវ៉ាក់សាំងប្រឆាំងជំងឺកុមារនៅក្នុងការពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព។
ជាមួយនឹងការពិនិត្យ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អតិរេក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្តូរប្រភេទ
ROTARIX SUSPENSION	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

**អនុករអាចសុំថវិកាពីឥរិយាបថនៃសិទ្ធិមិត្តភាពព្រឹត្តិការណ៍អកុសកោតនាក្នុងការចងចាំ
ជាយូរឆ្នាំកាន់កាប់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់ដល់បទដ្ឋានក្នុងសហគមន៍ពន្យល់នេះ។**

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កបង្កើនថ្លៃថ្នូរថ្នាំ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្កបង្កើនថ្លៃថ្នូរថ្នាំ (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរចំណេះដឹងបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ជំងឺរលាកចង្កេះបានពីអ្នកប្រឹក្សាពេទ្យរបស់អ្នក។
ជៀសវាងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រកបដោយហានិភ័យខ្ពស់
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមពីថ្នាំប្រកបដោយហានិភ័យខ្ពស់នេះ។

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<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	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MM HFS	Tier 3	

អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែអានកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់អ៊ី និងកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់អ៊ី ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រព្យាបាលនិងអត្ថប្រយោជន៍នៃការកាត់ថ្លៃក្នុងតារាង៖
ជាយថ្នាលទីក្រុងទី១៤៤ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ មុន (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការការពារការរីករាលដាលនៃជំងឺឆ្លង
ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យន្តការនីតិវិធីសុវត្ថិភាពនិងអនុវត្តន៍ក្នុងការកាត់ក្រុមថ្នាំប្រើប្រាស់
ជាមួយចូលនូវការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានប្រើប្រាស់។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹបបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (ក្រិតេរីយ៉ា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថស្ថានព្យាបាលអត្តសញ្ញាណកម្មរបស់អ្នកនៅក្នុងតារាងនេះ
ជាមួយចូលនូវការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់បច្ចេកវិទ្យាថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យន្តការនីតិវិធីសុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងថ្នាំ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមប្រឹក្សាថ្នាំប្រើប្រាស់ (ក្រុមថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM 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	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត
ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុន (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

អនុករណបស្ថវិទ្យាស្ថានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនឹងប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនេះ
ដោយចូលធនក្នុងកម្រិតថ្នាក់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់ប្រភេទថ្នាំទាំងនេះ។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចេកទេសឱសថ (អ៊ីនធឺណេម៉ា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	Tier 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	

អនុកម្មបច្ចេកទេសឱសថដែលបានកំណត់ដោយអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងសៀមរាប
 ជាមួយនឹងការកំណត់ត្រា <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XDEMIVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអនុវត្តន៍យន្តការនីតិវិធីស្របតាមការណែនាំរបស់
 ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការនៃក្រសួងសុខាភិបាល <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លឹមបង្គាប់ប្រើប្រាស់ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	Tier 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	

[illegible]

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 1	
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

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

អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព
 ជាមួយការគ្រប់គ្រងថ្លៃថ្នាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព
 ហើយអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ប្រាក់ថ្លៃថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
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)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>ciproheptadine 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

អនុករណបស្ថវិទ្យាវេជ្ជសាស្ត្រស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ
 ជាមួយនឹងការកំណត់តម្លៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងក្របខណ្ឌសេចក្តីពន្យល់នេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ថ្នាំ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln</i>	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	

អនុករណបស្ថាប័ននៃក្រសួងសុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថបទនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយក្រុមការងារស្រាវជ្រាវនៃក្រសួងសុខាភិបាល
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	Tier 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALIN)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 56 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 4	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 (90 PER 30 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណីសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ត្រូវតែអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ។
យោងទៅតាមការពន្យល់ដល់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ អ៊ី (អ៊ីតេនស៊ីតេ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 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 (90 PER 30 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>macitentan 10 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)

អនុករណបស្ថវិទ្យាវេជ្ជសាស្ត្រស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការកំណត់តម្លៃថ្លៃថ្នាក់
 ជាមួយនឹងការកំណត់តម្លៃថ្នាក់ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ មុន (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breynd (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីការបង្កើនការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺសួត
 ជាមួយការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺសួត <xiv>
 ហើយអនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីការបង្កើនការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺសួត។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចេកទេសថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចេកទេសថ្នាំ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

អនុក្រឹត្យបច្ចេកទេសថ្នាំដែលបានកំណត់ដោយអង្គការសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអង្គការសុខាភិបាលក្រុងសៀមរាប
 ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 3	PA

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃថ្នាក់ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SLEEP PROMOTING AGENTS		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

អនុករណបសុវចនៈក្នុងការស្រាវជ្រាវស្វែងរកថ្នាំថ្មីៗដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺជំនួញ និងជំងឺផ្សេងៗទៀត។
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាន។

**ក ចំណែកនេះ អ ក ចង្ហែ ចកេឱសថៈ យង្ហែ ចកេ របស់ឱសថៈ ៖
 មង្ហំ មង្ហក រុកេម។ នីច រ មង្ហ កពិលេខទំព័រង្ហែងអ ក ចង្ហែ ចកេព័ក៌
 ន រ មង្ហេបង្ហែ មសុរ មង្ហឱសថៈរបស់អ ក។**

A

abacavir sulfate.....	59
abacavir sulfate-lamivudine.....	59
ABELCET.....	25
ABILIFY MAINTENA.....	51
abiraterone acetate.....	30
abirtega.....	30
ABRYSVO.....	117
acamprosate calcium.....	5
acarbose.....	64
accutane.....	86
acebutolol hcl.....	74
acetaminophen-codeine.....	3
acetazolamide.....	76
acetazolamide er.....	131
acetic acid.....	132
acetylcysteine.....	137
acitretin.....	86
ACTHIB.....	117
ACTIMMUNE.....	114
acyclovir.....	62,90
acyclovir sodium.....	62
ADACEL.....	117
adefovir dipivoxil.....	57
ADEMPAS.....	136
ADVAIR HFA.....	137
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	121
afirmelle.....	101
AIMOVIG.....	27
AKEEGA.....	32
ala-cort.....	87
albendazole.....	48
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	134
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	134
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	134

albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin).....	134
albuterol sulfate.....	134,135
albuterol sulfate hfa.....	135
alclometasone dipropionate.....	87
ALCOHOL 70% PADS.....	122
ALCOHOL PREP.....	122
ALCOHOL PREP PADS.....	122
ALCOHOL SWABS.....	122
ALCOHOL SWABSTICK.....	122
alcohol wipes.....	88
ALDURAZYME.....	96
ALECENSA.....	34
alendronate sodium.....	120
alfuzosin hcl er.....	98
aliskiren fumarate.....	76
allopurinol.....	27
alosetron hcl.....	94
alprazolam.....	62
altavera.....	101
ALUNBRIG.....	34
alyacen 1/35.....	101
alyacen 7/7/7.....	101
alyq.....	136
amantadine hcl.....	49
ambrisentan.....	136
amikacin sulfate.....	6
amiloride hcl.....	79
amiloride-hydrochlorothiazide.....	76
amiodarone hcl.....	73
amitriptyline hcl.....	23
amlodipine besy-benazepril hcl.....	76
amlodipine besylate.....	75
amlodipine besylate-valsartan.....	77
amlodipine-atorvastatin.....	77
amlodipine-olmesartan.....	77
amlodipine-valsartan-hctz.....	77
ammonium lactate.....	87
amnestem.....	86
amoxapine.....	23

amoxicillin.....	10
amoxicillin trihydrate.....	10
amoxicillin-pot clavulanate.....	10
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	10
amoxicillin-pot clavulanate er.....	10
amphetamine-dextroamphet er.....	82
amphetamine-dextroamphetamine... ..	82,83
AMPHOTERICIN B.....	25
amphotericin b liposome.....	25
ampicillin.....	10
ampicillin sodium.....	10
ampicillin-sulbactam sodium.....	10
anagrelide hcl.....	69
anastrozole.....	33
ANORO ELLIPTA.....	137
apraclonidine hcl.....	131
aprepitant.....	24
apri.....	101
APTIVUS.....	60
AQ INSULIN SYRINGE.....	122
AQINJECT PEN NEEDLE.....	122
ARALAST NP.....	96
ARANELLE.....	101
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	70
ARCALYST.....	112
AREXVY.....	117
ARGYLE STERILE WATER.....	122
ARIKAYCE.....	6
aripiprazole.....	52
armodafinil.....	139
ARNUITY ELLIPTA.....	133
asenapine maleate.....	52
ashlyna.....	101
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	133
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	133
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	133
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	133
ASMANEX HFA.....	133
aspirin-dipyridamole er.....	71
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES....	122

ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	122
atazanavir sulfate.....	60
atenolol.....	74
atenolol-chlorthalidone.....	77
atomoxetine hcl.....	83
atorvastatin calcium.....	80
atovaquone.....	48
atovaquone-proguanil hcl.....	48
atropine sulfate.....	129
aubra.....	101
aubra eq.....	101
AUGTYRO.....	32
AUM ALCOHOL PREP PADS.....	122
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE....	122
AUM PEN NEEDLE.....	122
AURANOFIN.....	112
aurovela 1.5/30.....	101
aurovela 1/20.....	101
aurovela fe 1.5/30.....	101
aurovela fe 1/20.....	101
AUSTEDO.....	83,84
AUSTEDO XR.....	84
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	84
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE....	122
AUVELITY.....	20
AUVELITY TITRATION PACK.....	20
aviane.....	101
avidoxy.....	13
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	33
ayuna.....	101
AYVAKIT.....	34
azathioprine.....	115
AZATHIOPRINE SODIUM.....	115
azelastine hcl.....	130,133
azithromycin.....	11
aztreonam.....	7
azurette.....	101

B

bac (butalbital-acetamin-caff).....	84
-------------------------------------	----

bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	129	BIKTARVY.....	57
BACITRACIN.....	130	BILDYOS.....	120
BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	129	BILPREVDA.....	120
baclofen.....	56	bimatoprost.....	132
balsalazide disodium.....	120	bis subcit-metronid-tetracyc.....	94
BALVERSA.....	34	bismuth/metronidaz/tetracyclin.....	94
balziva.....	101	bisoprolol fumarate.....	74
BAQSIMI ONE PACK.....	66	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	77
BAQSIMI TWO PACK.....	66	BIXLENVO.....	57
BARACLUDE.....	57	blisovi fe 1.5/30.....	101
BCG VACCINE.....	117	blisovi fe 1/20.....	101
BD INSULIN SYRINGE.....	122	BOOSTRIX.....	117
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		bosentan.....	136
MISC.....	122	BOSULIF.....	34
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		bosutinib.....	35
MISC.....	122	BRAFTOVI.....	35
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BREO ELLIPTA.....	137
MISC.....	122	brey-na.....	137
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BREZTRI AEROSPHERE.....	137
MISC.....	123	briellyn.....	101
benazepril hcl.....	72	brimonidine tartrate.....	131
benazepril-hydrochlorothiazide.....	77	brimonidine tartrate-timolol.....	129
BENLYSTA.....	112	brinzolamide.....	131
BENZNIDAZOLE.....	48	brivaracetam.....	13,14
benzoyl peroxide-erythromycin.....	86	bromocriptine mesylate.....	50
benztropine mesylate.....	49	BRUKINSA.....	35
BESIVANCE.....	12	budesonide.....	120,133
BESREMI.....	114	budesonide er.....	120
BESREMI PEN.....	32	budesonide-formoterol fumarate.....	137
betaine.....	96	bumetanide.....	79
betamethasone dipropionate.....	87	buprenorphine.....	2
betamethasone dipropionate aug.....	87	buprenorphine hcl.....	5
betamethasone valerate.....	87	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	5
BETASERON.....	85	bupropion hcl.....	20
betaxolol hcl.....	74,131	bupropion hcl er (smoking det).....	6
bethanechol chloride.....	98	bupropion hcl er (sr).....	20
bexarotene.....	47	bupropion hcl er (xl).....	20
BEXSERO.....	117	buspirone hcl.....	62
bicalutamide.....	30	butalbital-apap-caffeine.....	84
BICILLIN L-A.....	10	butalbital-aspirin-caffeine.....	1

butorphanol tartrate	3
BYSANTI	52
BYSANTI TITRATION PACK A	52
BYSANTI TITRATION PACK B	52
BYSANTI TITRATION PACK C	52

C

CABENUVA	60
cabergoline	110
CABOMETYX	35
calcipotriene	88,89
calcitonin (salmon)	120
calcitrene	89
calcitriol	121
CALCITRIOL	121
calcium acetate (phos binder)	93
CALQUENCE	35
camila	108
camrese	101
camrese lo	101
candesartan cilexetil	72
candesartan cilexetil-hctz	77
CAPLYTA	52
CAPRELSA	35
captopril	72
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	77
carbamazepine	17
carbamazepine er	17
carbidopa	50
carbidopa-levodopa	50
carbidopa-levodopa er	50
carbidopa-levodopa-entacapone	50
CARETOUCH ALCOHOL PREP	123
carglumic acid	96
carisoprodol	138
CARTEOLOL HCL	131
cartia xt	75
carvedilol	74
CAVHANZA	35
CAYSTON	7

CEFACLOR	8
cefadroxil	8,9
cefazolin sodium	9
cefdinir	9
cefepime hcl	9
cefixime	9
cefoxitin sodium	9
CEFPODOXIME PROXETIL	9
cefprozil	9
ceftaroline fosamil	9
CEFTAZIDIME	9
ceftriaxone sodium	9
cefuroxime axetil	9
cefuroxime sodium	9
celecoxib	1
cephalexin	9
cetirizine hcl	133
cevimeline hcl	85
chateal eq	101
chlorhexidine gluconate	85
chloroquine phosphate	48
chlorpromazine hcl	51
chlorthalidone	79
cholestyramine	80
cholestyramine light	80
ciclodan	90
ciclopirox	90
ciclopirox olamine	90
cilostazol	71
CILOXAN	12
CIMDUO	59
cimetidine	95
cinacalcet hcl	121
ciprofloxacin hcl	12
ciprofloxacin in d5w	12
ciprofloxacin-dexamethasone	132
citalopram hydrobromide	21
claravis	86
CLARITHROMYCIN	11
clarithromycin	11

clarithromycin er.....	12
clindamycin hcl.....	7
clindamycin palmitate hcl.....	7
clindamycin phos (once-daily).....	90
clindamycin phos (twice-daily).....	90
clindamycin phos-benzoyl perox.....	86
clindamycin phosphate.....	7,90
clindamycin phosphate in d5w.....	7
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	7
clobazam.....	16
clobetasol prop emollient base.....	87
clobetasol propionate.....	87
clobetasol propionate e.....	87
clomipramine hcl.....	23
clonazepam.....	63
clonidine.....	71
clonidine hcl.....	71
clopidogrel bisulfate.....	71
clorazepate dipotassium.....	63
clotrimazole.....	25
clotrimazole-betamethasone.....	89
clozapine.....	56
COARTEM.....	48
COBENFY.....	56
COBENFY STARTER PACK.....	56
CODEINE SULFATE.....	3
codeine sulfate.....	3
colchicine.....	27
colchicine-probenecid.....	27
colesevelam hcl.....	80
colestipol hcl.....	81
colistimethate sodium (cba).....	7
COMBIVENT RESPIMAT.....	137
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	35
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	35
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	35
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	123
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	123
compro.....	24
constulose.....	93

COPIKTRA.....	36
CORLANOR.....	77
CORTIFOAM.....	120
CORTISONE ACETATE.....	98
CORTISPORIN-TC.....	132
COSENTYX.....	112
COSENTYX (300 MG DOSE).....	112
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	112
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	112
COSENTYX UNOREADY.....	112
COTELLIC.....	36
CREON.....	96
CRESEMBA.....	25,26
cromolyn sodium.....	94,130,135
cryselle.....	101
cryselle-28.....	102
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	123
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	123
cvs isopropyl alcohol wipes.....	89
cyclobenzaprine hcl.....	139
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	29
cyclosporine.....	115
cyclosporine modified.....	115
cyproheptadine hcl.....	133
cyred.....	102
cyred eq.....	102

D

dabigatran etexilate mesylate.....	68
dalfampridine er.....	85
danazol.....	100
dantrolene sodium.....	56
dapaglifloz base-metformin er.....	64
dapagliflozin.....	81
dapsone.....	29
DAPTACEL.....	117
daptomycin.....	7
darunavir.....	60
dasatinib.....	36
dasetta 1/35.....	102

dasetta 7/7/7.....	102	dicyclomine hcl.....	94
DAURISMO.....	36	DIFICID.....	12
daysee.....	102	diflunisal.....	1
deblitane.....	108	difluprednate.....	131
deferasirox.....	92	digox.....	73
DELSTRIGO.....	58	digoxin.....	73
delyla.....	102	dihydroergotamine mesylate.....	28
DENG VAXIA.....	117	DILANTIN.....	17
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	108	dilt-xr.....	75
depo-testosterone.....	100	diltiazem hcl.....	75
DERMOTIC.....	132	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	75
DESCOVY.....	59	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	75
desipramine hcl.....	23	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	75
desmopressin ace spray refrig.....	99	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	75
desmopressin acetate.....	100	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	75
desmopressin acetate pf.....	100	diltiazem hcl er.....	76
desogestrel-ethinyl estradiol.....	102	diltiazem hcl er beads.....	76
desonide.....	87	dimethyl fumarate.....	85
desoximetasone.....	87	dimethyl fumarate starter pack.....	85
desvenlafaxine succinate er.....	22	diphenoxylate-atropine.....	94
dexamethasone.....	98	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	94
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID....	98	dipyridamole.....	71
dexamethasone sod phosphate pf.....	98	disulfiram.....	5
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	99,130	divalproex sodium.....	14
dexmethylphenidate hcl.....	83	divalproex sodium er.....	14
dextroamphetamine sulfate.....	83	dofetilide.....	73
dextrose.....	90	donepezil hcl.....	19
dextrose in lactated ringers.....	90	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	19
DEXTROSE-NACL.....	91	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	19
dextrose-sodium chloride.....	91	dorzolamide hcl.....	131
DIACOMIT.....	14	dorzolamide hcl-timolol mal.....	129
diazepam.....	16,63	dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	129
diazepam intensol.....	63	dotti.....	102
diazoxide.....	66		
diclofenac potassium.....	1		
diclofenac sodium.....	1,131		
diclofenac sodium er.....	1		
dicloxacillin sodium.....	10		

DOVATO.....	57
doxazosin mesylate.....	72
doxepin hcl.....	23
doxercalciferol.....	121
doxy 100.....	13
doxycycline hyclate.....	13
doxycycline monohydrate.....	13
DRIZALMA SPRINKLE.....	84
dronabinol.....	24
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	123
DROPLET MICRON.....	123
DROPLET PEN NEEDLES.....	123
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO.....	123
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	124
drospirenone-ethinyl estradiol.....	102
DROXIA.....	96
droxidopa.....	71
duloxetine hcl.....	84,85
DUPIXENT.....	113
dutasteride.....	98
dutasteride-tamsulosin hcl.....	98

E

e.e.s. 400.....	12
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	124
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	124
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	124
ec-naproxen.....	1
econazole nitrate.....	26
EDURANT PED.....	58
efavirenz.....	58
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	58
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	58
ELAPRASE.....	96
elinest.....	102
ELIQUIS.....	68
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	68
ELIQUIS (2 MG PACK).....	68
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	68
eltrombopag olamine.....	70

eluryng.....	102
EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	124
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	124
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	124
EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	124
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	124
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	124
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	124
EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	125
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	125
EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	125
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	125
EMBRACE PEN NEEDLES.....	125
EMGALITY.....	27
EMGALITY (300 MG DOSE).....	27
EMSAM.....	21
emtricitab-rilpivir-tenofof df.....	58
emtricitabine.....	59
emtricitabine-tenofovir df.....	59
EMTRIVA.....	59
emzahn.....	108
enalapril maleate.....	72
enalapril-hydrochlorothiazide.....	77
ENBREL.....	115
ENBREL MINI.....	115
ENBREL SURECLICK.....	115
endocet.....	3
ENGERIX-B.....	117
enilloring.....	102
ENOBV.....	121
enoxaparin sodium.....	68,69
enpresse-28.....	102
ENSACOVE.....	33
enskyce.....	102
entacapone.....	50
entecavir.....	57
ENTYVIO PEN.....	113
enulose.....	93
ENVARUSUS XR.....	115
EPIDIOLEX.....	14

epinephrine.....	135
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	135
epitol.....	17
eplerenone.....	79
ERGOLOID MESYLATES.....	19
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	28
ERIVEDGE.....	36
ERLEADA.....	30
erlotinib hcl.....	36
errin.....	108
ertapenem sodium.....	11
ERY.....	90
erythrocine lactobionate.....	12
erythromycin.....	90,130
erythromycin base.....	12
erythromycin ethylsuccinate.....	12
erythromycin lactobionate.....	12
ERZOFRI.....	52,53
escitalopram oxalate.....	22
eslicarbazepine acetate.....	17,18
esomeprazole magnesium.....	95
estarylla.....	102
estradiol.....	102,103
estradiol valerate.....	103
ESTRING.....	103
estrogens conjugated.....	103
eszopiclone.....	139
ethambutol hcl.....	29
ethosuximide.....	15
ethynodiol diac-eth estradiol.....	103
etodolac.....	1
etodolac er.....	1
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	103
etravirine.....	58
EUCRISA.....	87
EULEXIN.....	30
euthyrox.....	109
everolimus.....	36,115
EVOTAZ.....	60

exemestane.....	33
EXXUA.....	21
EXXUA TITRATION PACK.....	21
ezetimibe.....	81
ezetimibe-simvastatin.....	81

F

falmina.....	103
famciclovir.....	62
famotidine.....	95
FANAPT.....	53
FANAPT TITRATION PACK A.....	53
FANAPT TITRATION PACK B.....	53
FANAPT TITRATION PACK C.....	53
FARXIGA.....	81
febuxostat.....	27
feirza 1.5/30.....	103
feirza 1/20.....	103
felbamate.....	14
felodipine er.....	75
fenofibrate.....	80
fenofibrate micronized.....	80
fenofibric acid.....	80
fentanyl.....	2
FETZIMA.....	22
FETZIMA TITRATION.....	22
fidaxomicin.....	12
FILSPARI.....	98
finasteride.....	98
fingolimod hcl.....	85
FINTEPLA.....	14
flecainide acetate.....	73
fluconazole.....	26
fluconazole in sodium chloride.....	26
flucytosine.....	26
fludrocortisone acetate.....	99
flunisolide.....	137
fluocinolone acetonide.....	87
fluocinolone acetonide body.....	87
fluocinolone acetonide scalp.....	88

fluocinonide	88
fluocinonide emulsified base	88
fluorometholone	131
fluorouracil	89
fluoxetine hcl	22
FLUOXETINE HCL	22
fluphenazine decanoate	51
fluphenazine hcl	51
FLURBIPROFEN	1
FLURBIPROFEN SODIUM	131
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL	138
fluticasone propionate	88,138
fluticasone-salmeterol	138
FLUTICASONE-SALMETEROL	138
fluvastatin sodium	80
fluvastatin sodium er	80
fluvoxamine maleate	22
FML FORTE	131
fondaparinux sodium	69
fosamprenavir calcium	60
fosfomycin tromethamine	7
fosinopril sodium	72
fosinopril sodium-hctz	77
FOTIVDA	36
FRUZAQLA	32
FULPHILA	70
fulvestrant	31
FUROSEMIDE	79
furosemide	79
fyavolv	103

G

gabapentin	16
galantamine hydrobromide	19
galantamine hydrobromide er	19
gallifrey	108
GAMUNEX-C	112
GARDASIL 9	117
gauze pads 2	125
GAVILYTE-C	95

gavilyte-g	95
gavilyte-n with flavor pack	93
GAVRETO	37
gefitinib	37
gemfibrozil	80
GEMTESA	97
generlac	93
gengraf	115
gentamicin sulfate	6,130
GENVOYA	57
GILOTRIF	37
glatiramer acetate	85
glatopa	85
glimepiride	64
glipizide	64
glipizide er	64
glipizide xl	64
glipizide-metformin hcl	64
glucagon emergency	66
glyburide	64
GLYBURIDE MICRONIZED	64
glyburide-metformin	64
glycopyrrolate	94
GLYXAMBI	64
GNP PEN NEEDLES	125
GOMEKLI	37
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	125
granisetron hcl	25
griseofulvin microsize	26
griseofulvin ultramicrosize	26
guanfacine hcl	71
guanfacine hcl er	83

H

HADLIMA	115
HADLIMA PUSHTOUCH	115,116
HAEGARDA	112
hailey 1.5/30	103
hailey fe 1.5/30	103
hailey fe 1/20	103

halobetasol propionate.....	88
haloette.....	103
haloperidol.....	51
haloperidol decanoate.....	51
haloperidol lactate.....	51
HAVRIX.....	117,118
heather.....	108
heparin sodium (porcine).....	69
heparin sodium (porcine) pf.....	69
HEPLISAV-B.....	118
HERNEXEOS.....	37
HIBERIX.....	118
HIZENTRA.....	112
HUMALOG.....	66
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	66
HUMALOG KWIKPEN.....	67
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	67
HUMALOG MIX 75/25.....	67
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	67
HUMULIN 70/30.....	67
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	67
HUMULIN N.....	67
HUMULIN N KWIKPEN.....	67
HUMULIN R.....	67
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	67
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	67
hydralazine hcl.....	81
hydrochlorothiazide.....	79
hydrocodone-acetaminophen.....	3
hydrocortisone.....	88,120
hydrocortisone (perianal).....	88
hydrocortisone butyrate.....	88
hydrocortisone-acetic acid.....	132
hydromorphone hcl.....	3,4
hydroxychloroquine sulfate.....	48,49
hydroxyurea.....	32
hydroxyzine hcl.....	133
hydroxyzine pamoate.....	133
HYRNUO.....	37

ibandronate sodium.....	121
IBRANCE.....	37
IBTROZI.....	37
ibu.....	1
ibuprofen.....	1
icatibant acetate.....	112
iclevia.....	103
ICLUSIG.....	37
icosapent ethyl.....	81
IDHIFA.....	37
IDVYNZO.....	60
ILEVRO.....	131
imatinib mesylate.....	38
IMBRUVICA.....	38
imipenem-cilastatin.....	11
imipramine hcl.....	23
imiquimod.....	89
IMKELDI.....	38
IMOVAX RABIES.....	118
IMPAVIDO.....	49
incassia.....	108
INCRELEX.....	100
INCRUSE ELLIPTA.....	134
indapamide.....	80
indomethacin.....	1
INFANRIX.....	118
INLURIYO.....	31
INLYTA.....	38
INQOVI.....	32
INREBIC.....	38
INSULIN LISPRO.....	67
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	67
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	67
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	67
INSULIN PEN NEEDLES.....	125
INSULIN PEN NEEDLES.....	125
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	125
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	125

INSULIN SYRINGE 1 ML.....	125
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	125
INSUPEN PEN NEEDLES.....	125
INSUPEN32G EXTR3ME.....	126
INTELENCE.....	58
INTRALIPID.....	126
introvale.....	103
INVEGA HAFYERA.....	53
INVEGA SUSTENNA.....	53,54
INVEGA TRINZA.....	54
IPOL.....	118
ipratropium bromide.....	134
ipratropium bromide hfa.....	134
ipratropium-albuterol.....	138
irbesartan.....	72
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	77
ISENTRESS.....	58
ISENTRESS HD.....	58
isibloom.....	103
isoniazid.....	29
isopropyl alcohol.....	89
isopropyl alcohol wipes.....	89
isosorbide dinitrate.....	82
isosorbide mononitrate.....	82
isosorbide mononitrate er.....	82
isotretinoin.....	86
isradipine.....	75
ITOVEBI.....	38
itraconazole.....	26
ivabradine hcl.....	78
ivermectin.....	48
IWILFIN.....	32
IXIARO.....	118

J

jaimiess.....	103
JAKAFI.....	38
JAKAFI XR.....	38
jantoven.....	69
JARDIANCE.....	81

jasmiel.....	103
JAYPIRCA.....	39
jencycla.....	108
JENTADUETO.....	65
JENTADUETO XR.....	65
JIDEYTRO.....	39
jinteli.....	103
jolessa.....	103
joyeaux.....	103
JUBBONTI.....	121
juleber.....	103
JULUCA.....	58
junel 1.5/30.....	104
junel 1/20.....	104
junel fe 1.5/30.....	104
junel fe 1/20.....	104
JYNNEOS.....	118

K

KALETRA.....	61
kalliga.....	104
KALYDECO.....	135
kariva.....	104
kcl in dextrose-nacl.....	91
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	91
kelnor 1/35.....	104
kelnor 1/50.....	104
KERENDIA.....	65
ketoconazole.....	26
ketorolac tromethamine.....	131
KINERET.....	113
KINRIX.....	118
kionex.....	93
KISQALI (200 MG DOSE).....	39
KISQALI (400 MG DOSE).....	39
KISQALI (600 MG DOSE).....	39
klayesta.....	26
klor-con.....	91
klor-con 10.....	91
klor-con m10.....	91

klor-con m15.....	91
klor-con m20.....	91
KLOXXADO.....	5
KOMZIFTI.....	39
KOSELUGO.....	39
kourzeq.....	85
KRAZATI.....	39
kurvelo.....	104

L

l-glutamine.....	96	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	40
labetalol hcl.....	74	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	40
lacosamide.....	18	LEQEMBI IQLIK.....	19
lactated ringers.....	91,126	LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE).....	19
lactulose.....	93	lessina.....	104
lactulose encephalopathy.....	93	letrozole.....	33
LAGEVRIO.....	62	leucovorin calcium.....	32
lamivudine.....	57,59	LEUKERAN.....	29
lamivudine-zidovudine.....	59	LEUKINE.....	70
lamotrigine.....	14	leuprolide acetate.....	110
lansoprazole.....	95	levalbuterol hcl.....	135
LANTUS.....	67	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	135
LANTUS SOLOSTAR.....	67	levetiracetam.....	14
lapatinib ditosylate.....	40	levetiracetam er.....	14
larin 1.5/30.....	104	levo-t.....	109
larin 1/20.....	104	LEVOBUNOLOL HCL.....	131
larin fe 1.5/30.....	104	levocarnitine.....	96
larin fe 1/20.....	104	levocetirizine dihydrochloride.....	133
latanoprost.....	132	levofloxacin.....	12
LAZCLUZE.....	33,34	LEVOFLOXACIN.....	130
LEDERLE LEUCOVORIN.....	32	levofloxacin in d5w.....	12
leena.....	104	levonest.....	104
leflunomide.....	116	levonorg-eth estrad triphasic.....	104
lenalidomide.....	31	levonorgest-eth estrad 91-day.....	104
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	40	levonorgest-eth estradiol-iron.....	104
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	40	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	104
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	40	levora 0.15/30 (28).....	104
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	40	levothyroxine sodium.....	109
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	40	levoxyl.....	110
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	40	lidocaine.....	5
		lidocaine hcl.....	5
		lidocaine viscous hcl.....	5
		lidocaine-prilocaine.....	5
		lidocan.....	5
		LIFYORLI (125 MG DOSE).....	40
		LIFYORLI (150 MG DOSE).....	40
		LILETTA (52 MG).....	108
		lincomycin hcl.....	7
		linezolid.....	7
		LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8

LINZESS.....	94
liothyronine sodium.....	110
lisinopril.....	72
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	78
lithium.....	63
lithium carbonate.....	63
lithium carbonate er.....	64
LIVTENCITY.....	57
lo-zumandimine.....	104
loestrin 1.5/30 (21).....	105
loestrin 1/20 (21).....	105
loestrin fe 1.5/30.....	105
loestrin fe 1/20.....	105
lojaimiess.....	105
LOKELMA.....	93
lomustine.....	29
LONSURF.....	32
loperamide hcl.....	94
lopinavir-ritonavir.....	61
lorazepam.....	63
lorazepam intensol.....	63
LORBRENA.....	40
loryna.....	105
losartan potassium.....	72
losartan potassium-hctz.....	78
loteprednol-tobramycin.....	129
lovastatin.....	80
low-ogestrel.....	105
loxapine succinate.....	51
lubiprostone.....	94
luizza 1.5/30.....	105
luizza 1/20.....	105
LUMAKRAS.....	41
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	110
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	110
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	110
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	110
lurasidone hcl.....	54
lutra.....	105
LYBALVI.....	21

lyleq.....	108
lyllana.....	105
LYNPARZA.....	41
LYSODREN.....	33
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	41
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	41
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	41
lyza.....	108

M

M-M-R II.....	118
macitentan.....	136
magnesium sulfate.....	91
malathion.....	90
maraviroc.....	60
marlissa.....	105
MARPLAN.....	21
MATULANE.....	29
matzim la.....	76
MAVYRET.....	57
meclizine hcl.....	24
medpura alcohol pads.....	89
medroxyprogesterone acetate.....	108
mefloquine hcl.....	49
megestrol acetate.....	108
MEKINIST.....	41
MEKTOVI.....	41
meleya.....	109
meloxicam.....	2
memantine hcl.....	20
memantine hcl er.....	20
MENEST.....	105
MENQUADFI.....	118
MENVEO.....	118
mercaptopurine.....	31
meropenem.....	11
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	11
mesalamine.....	120
mesalamine er.....	120
mesna.....	48

metformin hcl.....	65
metformin hcl er.....	65
methadone hcl.....	2
methazolamide.....	132
methenamine hippurate.....	8
methergine.....	126
methimazole.....	111
methocarbamol.....	139
METHOTREXATE SODIUM.....	116
methotrexate sodium.....	116
methotrexate sodium (pf).....	116
METHOXSALIN RAPID.....	89
methscopolamine bromide.....	94
methsuximide.....	15
METHYLDOPA.....	71
methylergonovine maleate.....	126
methylphenidate hcl.....	83
methylphenidate hcl er.....	83
methylprednisolone.....	99
methylprednisolone acetate.....	99
methylprednisolone sodium succ.....	99
metoclopramide hcl.....	24
metolazone.....	80
metoprolol succinate er.....	74
metoprolol tartrate.....	74
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	78
metronidazole.....	8
metyrosine.....	78
mexiletine hcl.....	73
micafungin sodium.....	26
MICONAZOLE 3.....	26
microgestin 1.5/30.....	105
microgestin 1/20.....	105
microgestin fe 1.5/30.....	105
microgestin fe 1/20.....	105
midodrine hcl.....	72
mifepristone.....	111
mili.....	105
minocycline hcl.....	13
minoxidil.....	82

minzoya.....	105
mirtazapine.....	21
misoprostol.....	95
modafinil.....	139
MODEYSO.....	33
moexipril hcl.....	72
MOLINDONE HCL.....	51
mometasone furoate.....	88
mondoxyne nl.....	13
mono-lynyah.....	105
montelukast sodium.....	134
morphine sulfate.....	4
morphine sulfate (concentrate).....	4
morphine sulfate er.....	2,3
MOUNJARO.....	65
MOVANTIK.....	94
moxifloxacin hcl.....	12,130
MOXIFLOXACIN HCL.....	12
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	130
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	12
MRESVIA.....	118
MULTAQ.....	73
mupirocin.....	90
mycophenolate mofetil.....	116
mycophenolate mofetil hcl.....	116
mycophenolate sodium.....	116
mycophenolic acid.....	116
MYRBETRIQ.....	97

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	94
nabumetone.....	2
nadolol.....	74
nafticillin sodium.....	10
NAGLAZYME.....	96
naloxone hcl.....	6
naltrexone hcl.....	6
naproxen.....	2
naproxen dr.....	2
naproxen sodium.....	2

ofloxacin.....	130,132
OGSIVEO.....	42
OJEMDA.....	42
OJJAARA.....	33
olanzapine.....	54
olmesartan medoxomil.....	72
olmesartan medoxomil-hctz.....	78
olmesartan-amlodipine-hctz.....	78
omega-3-acid ethyl esters.....	81
omeprazole.....	95,96
OMNITROPE.....	95,100
ondansetron.....	25
ONDANSETRON HCL.....	25
ondansetron hcl.....	25
ONUREG.....	31
OPIPZA.....	54
OPVEE.....	126
oralone.....	86
ORGOVYX.....	111
orquidea.....	109
ORSERDU.....	30
oseltamivir phosphate.....	61
OSPHENA.....	109
OTEZLA.....	89,113
OTEZLA XR.....	89
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	113
oxaprozin.....	2
oxcarbazepine.....	18
oxybutynin chloride.....	97
oxybutynin chloride er.....	97
oxycodone hcl.....	4
oxycodone-acetaminophen.....	4
OZEMPIC.....	65
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	65
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	65
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	65

P

pacerone.....	73
paliperidone er.....	54
PANRETIN.....	47
pantoprazole sodium.....	96
paricalcitol.....	121
paroxetine hcl.....	22
PAROXETINE HCL.....	22
paroxetine hcl er.....	22
PAXLOVID (150/100).....	62
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	62
PAXLOVID (300/100).....	62
pazopanib hcl.....	42
PAZOPANIB HCL.....	42
PEDIARIX.....	118
PEDVAXHIB.....	118
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	94
peg-3350/electrolytes.....	95
PEGASYS.....	114,115
PEMAZYRE.....	42
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	126
PEN NEEDLES.....	126
PENBRAYA.....	126
penicillamine.....	98
penicillin g potassium.....	11
PENICILLIN G SODIUM.....	11
penicillin v potassium.....	11
PENMENVY.....	118
PENTACEL.....	118
pentamidine isethionate.....	49
pentoxifylline er.....	78
perampanel.....	14
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	73
periogard.....	86
permethrin.....	90
perphenazine.....	24
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	21
PERSERIS.....	55
pfizerpen.....	11
PHENELZINE SULFATE.....	21
phenobarbital.....	16
phenytek.....	18
phenytoin.....	18

phenytoin infatabs.....	18	prednisolone sodium phosphate.....	99
phenytoin sodium extended.....	18	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	131
philith.....	106	prednisone.....	99
PIFELTRO.....	58	PREDNISONE.....	99
pilocarpine hcl.....	86,132	PREDNISONE INTENSOL.....	99
pimozide.....	51	pregabalin.....	85
pimtrea.....	106	PREMARIN.....	106
pindolol.....	74	PREMASOL.....	92
pioglitazone hcl.....	65	PREMIUM LIDOCAINE.....	5
pioglitazone hcl-glimepiride.....	65	prenatal vitamins.....	92
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	65	PRETOMANID.....	29
piperacillin sod-tazobactam so.....	11	prevalite.....	81
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	42	PREVYMIS.....	57
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	42	PREZCOBIX.....	61
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	42	PREZISTA.....	61
pirfenidone.....	137	primaquine phosphate.....	49
PIRFENIDONE.....	137	primidone.....	16
piroxicam.....	2	PRIORIX.....	118
PNV 27-CA/FE/FA.....	91	PRO COMFORT ALCOHOL.....	126
podofilox.....	89	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	126
polycin.....	129	probenecid.....	27
polymyxin b-trimethoprim.....	130	prochlorperazine.....	24
pomalidomide.....	31	prochlorperazine maleate.....	24
POMALYST.....	31	procto-med hc.....	88
portia-28.....	106	proctosol hc.....	88
posaconazole.....	26	proctozone-hc.....	88
potassium chloride.....	91	progesterone.....	109
potassium chloride crys er.....	91	PROGRAF.....	116
potassium chloride er.....	91	promethazine hcl.....	24,133
potassium chloride in dextrose.....	92	propafenone hcl.....	73
potassium chloride in nacl.....	92	propranolol hcl.....	74
potassium citrate er.....	92	PROPRANOLOL HCL.....	74
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	92	propranolol hcl er.....	74
pramipexole dihydrochloride.....	50	propylthiouracil.....	111
prasugrel hcl.....	71	PROQUAD.....	118
pravastatin sodium.....	80	protriptyline hcl.....	24
praziquantel.....	48	PULMOZYME.....	135
prazosin hcl.....	72	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	126
prednisolone.....	99	pyrazinamide.....	29
prednisolone acetate.....	131	pyridostigmine bromide.....	28

pyridostigmine bromide er	28
pyrimethamine	49

Q

qc alcohol	89
QINLOCK	33
QUADRACEL	118
quetiapine fumarate	55
quetiapine fumarate er	55
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	126
quinapril hcl	73
quinapril-hydrochlorothiazide	78
QUINIDINE SULFATE	73
quinine sulfate	49
QVAR REDHALER	133

R

ra isopropyl alcohol wipes	89
RABAVERT	118
rabeprazole sodium	96
RALDESY	22
raloxifene hcl	109
ramelteon	139
ramipril	73
ranolazine er	78
rasagiline mesylate	50
reclipsen	106
RECOMBIVAX HB	118
RELENZA DISKHALER	61
repaglinide	65
REPATHA	81
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	81
REPATHA SURECLICK	81
RESTASIS	129
RETACRIT	70
RETEVMO	42,43
REVCovi	97
REVUFORJ	43
REXULTI	55
REYATAZ	61

REZDIFFRA	110
REZLIDHIA	43
RHOPRESSA	132
RIBAVIRIN	57
ribavirin	57
RIDAURA	113
rifabutin	29
rifampin	29
rifapentine	29
rilpivirine hcl	58
riluzole	84
RIMANTADINE HCL	61
ringers	92
ringers irrigation	126
RINVOQ	113
RINVOQ LQ	113
risedronate sodium	121
risperidone	55
risperidone microspheres er	55
ritonavir	61
rivaroxaban	69
rivastigmine	19
rivastigmine tartrate	20
rizatriptan benzoate	28
ROCKLATAN	129
roflumilast	136
ROMVIMZA	43
ropinirole hcl	50
ropinirole hcl er	50
rosuvastatin calcium	80
ROTARIX	119
ROTATEQ	119
roweepa	14
ROZLYTREK	43
RUBRACA	43
rufinamide	18
RUKOBIA	60
RYBELSUS	65
RYDAPT	43

S

sacubitril-valsartan.....	78	SMOFLIPID.....	127
sajazir.....	112	sodium chloride.....	92
SANTYL.....	89	sodium chloride (pf).....	92
sapropterin dihydrochloride.....	97	sodium fluoride.....	92
SCEMBLIX.....	43,44	sodium oxybate.....	139
scopolamine.....	24	sodium phenylbutyrate.....	97
SECUADO.....	55	sodium polystyrene sulfonate.....	93
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	127	solifenacin succinate.....	97
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	127	SOLTAMOX.....	31
selegiline hcl.....	50	SOMAVERT.....	111
selenium sulfide.....	88	sorafenib tosylate.....	44
SELZENTRY.....	60	sotalol hcl.....	73
SEREVENT DISKUS.....	135	sotalol hcl (af).....	73
sertraline hcl.....	22,23	SPIRIVA RESPIMAT.....	134
setlakin.....	106	spironolactone.....	79
sevelamer carbonate.....	93	spironolactone-hctz.....	78
sharobel.....	109	sprintec 28.....	107
SHINGRIX.....	119	SPRITAM.....	15
SIGNIFOR.....	111	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	93
sildenafil citrate.....	136	sronyx.....	107
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	127	ssd.....	89
silodosin.....	98	sterile water for irrigation.....	127
silver sulfadiazine.....	89	STIOLTO RESPIMAT.....	138
SIMBRINZA.....	132	STIVARGA.....	44
SIMLANDI (1 PEN).....	116	STREPTOMYCIN SULFATE.....	6
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	116	STRIBILD.....	58
SIMLANDI (2 PEN).....	116	subvenite.....	15
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	116	SUBVENITE.....	15
simliya.....	106	sucalfate.....	95
simpesse.....	107	SULFACETAMIDE SODIUM.....	130
simvastatin.....	80	sulfacetamide sodium.....	130
sirolimus.....	117	sulfacetamide sodium (acne).....	86
SIRTURO.....	29	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	129
sitagliptin phos-metformin hcl er.....	66	sulfadiazine.....	13
sitagliptin phos-metformin hcl.....	66	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	13
sitagliptin phosphate.....	66	sulfasalazine.....	120
SKYRIZI.....	113	sulfatrim pediatric.....	13
SKYRIZI PEN.....	113	sulindac.....	2
		sumatriptan.....	28
		sumatriptan succinate.....	28

SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	28
sunitinib malate.....	44
SUNLENCA.....	60
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	127
syeda.....	107
SYMPAZAN.....	16
SYMTUZA.....	61
SYNAREL.....	111
SYNJARDY.....	66
SYNJARDY XR.....	66
SYNTHROID.....	110

T

TABLOID.....	32
TABRECTA.....	44
tacrolimus.....	88,117
tadalafil.....	98
tadalafil (pah).....	136
TAFINLAR.....	44
TAGRISSO.....	44
TALZENNA.....	44
tamoxifen citrate.....	31
tamsulosin hcl.....	98
tarina fe 1/20.....	107
tarina fe 1/20 eq.....	107
TARPEYO.....	99
tasimelteon.....	139
tazarotene.....	86
TAZICEF.....	10
TAZVERIK.....	44
TDVAX.....	119
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	127
telmisartan.....	72
telmisartan-amlodipine.....	78
telmisartan-hctz.....	78
temazepam.....	139
TENIVAC.....	119
tenofovir disoproxil fumarate.....	59
TEPMETKO.....	45
terazosin hcl.....	72

terbinafine hcl.....	26
terconazole.....	26
teriflunomide.....	85
teriparatide.....	121
testosterone.....	100
testosterone cypionate.....	100
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	100
tetrabenazine.....	84
tetracycline hcl.....	13
THALOMID.....	31
theophylline er.....	136
thioridazine hcl.....	51
thiothixene.....	51
tiadylt er.....	76
tiagabine hcl.....	16
TIBSOVO.....	45
ticagrelor.....	71
TICOVAC.....	119
tigecycline.....	8
timolol maleate.....	74,131
tinidazole.....	8
tiotropium bromide.....	134
TIVICAY.....	58
TIVICAY PD.....	58
tizanidine hcl.....	56
TOBI PODHALER.....	135
tobramycin.....	130,135
tobramycin sulfate.....	7
tobramycin-dexamethasone.....	130
TOLAK.....	89
tolterodine tartrate.....	97
tolterodine tartrate er.....	97
tolvaptan.....	92
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	127
topiramate.....	15
toremifene citrate.....	31
torsemide.....	79
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	68
TOUJEO SOLOSTAR.....	68
TPN ELECTROLYTES.....	92

TRADJENTA.....	66
tramadol hcl.....	4
tramadol hcl er.....	3
tramadol-acetaminophen.....	4
trandolapril.....	73
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	78
tranexamic acid.....	71
tranylcypromine sulfate.....	21
travoprost (bak free).....	132
trazodone hcl.....	23
TRECTOR.....	29
TRELEGY ELLIPTA.....	138
TREMFYA.....	113,114
TREMFYA ONE-PRESS.....	114
TREMFYA PEN.....	114
TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	114
TRESIBA.....	68
TRESIBA FLEXTOUCH.....	68
tretinoin.....	47,86
tri-estarylla.....	107
tri-linyah.....	107
tri-mili.....	107
tri-sprintec.....	107
tri-vylibra.....	107
triamcinolone acetonide.....	86,88
triamterene-hctz.....	79
triazolam.....	139
triderm.....	88
trientine hcl.....	93
TRIENTINE HCL.....	93
trifluoperazine hcl.....	51
TRIFLURIDINE.....	130
trihexyphenidyl hcl.....	49
TRIKAFTA.....	135
trimethoprim.....	8
trimipramine maleate.....	24
TRINTELLIX.....	23
TRIUMEQ.....	59
TRIUMEQ PD.....	59
trivora (28).....	107

trospium chloride.....	97
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	127
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	127
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	127
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	127
TRULICITY.....	66
TRUMENBA.....	119
TRUQAP.....	45
TUKYSA.....	45
TURALIO.....	45
turqoz.....	107
TWINRIX.....	119
TYBOST.....	60
TYENNE.....	114
TYMLOS.....	121
TYPHIM VI.....	119

U

UDENYCA.....	70
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	127
UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	127
UNIFINE PENTIPS.....	128
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	128
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	128
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	128
unithroid.....	110
UPTRAVI.....	136
ursodiol.....	95

V

valacyclovir hcl.....	62
VALCHLOR.....	89
valganciclovir hcl.....	57
valproate sodium.....	15
valproic acid.....	15
valsartan.....	72
valsartan-hydrochlorothiazide.....	79
VALTOCO 10 MG DOSE.....	16
VALTOCO 15 MG DOSE.....	17
VALTOCO 20 MG DOSE.....	17

VALTOCO 5 MG DOSE.....	17
valtya 1/35.....	107
VALTYA 1/50.....	107
vancomycin hcl.....	8
VANFLYTA.....	45
VAQTA.....	119
varenicline tartrate.....	6
varenicline tartrate (starter).....	6
varenicline tartrate(continue).....	6
VARIVAX.....	119
VAXCHORA.....	119
VELIVET.....	107
VELSIPITY.....	114
VENCLEXTA.....	45
VENCLEXTA STARTING PACK.....	45
venlafaxine hcl.....	23
venlafaxine hcl er.....	23
VEOZAH.....	84
VEPPANU.....	31
verapamil hcl.....	76
VERAPAMIL HCL ER.....	76
verapamil hcl er.....	76
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	128
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	128
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	128
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR.....	128
VERQUVO.....	79
VERSACLOZ.....	56
VERZENIO.....	45
vestura.....	107
vienva.....	107
vigabatrin.....	17
vigadrone.....	17
VIGAFYDE.....	17
vigpoder.....	17
vilazodone hcl.....	23
VIMKUNYA.....	119
viorele.....	107
VIRACEPT.....	61
VIREAD.....	59

VITRAKVI.....	45,46
VIVOTIF.....	119
VIZIMPRO.....	46
volnea.....	107
VONJO.....	48
VOQUEZNA DUAL PAK.....	95
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	95
VORANIGO.....	46
voriconazole.....	27
VOSEVI.....	57
VOWST.....	128
VRAYLAR.....	55
vyfemla.....	107
vylibra.....	107
VYZULTA.....	132

W

warfarin sodium.....	69
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	128
WEGOVY.....	79
WELIREG.....	33
wera.....	107
WINREVAIR.....	136
wixela inhub.....	138
wymzya fe.....	108
WYOST.....	121

X

XALKORI.....	46
XARELTO.....	69
XARELTO STARTER PACK.....	69
XATMEP.....	117
XCOPRI.....	15,18,19
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18
XDEMVI.....	130
xelria fe.....	108
XERMELO.....	94
XIFAXAN.....	8
XIGDUO XR.....	66

XIIDRA.....	130
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	61
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	61
XOLAIR.....	114
XOSPATA.....	46
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	46
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	46
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	46
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	47
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	47
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	47
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	47
XTANDI.....	30
XTRENBO.....	121
xulane.....	108

Y

YESINTEK.....	114
YF-VAX.....	119
yuvaferm.....	108

Z

zafemy.....	108
zafirlukast.....	134
zaleplon.....	139
ZARXIO.....	71
ZEJULA.....	47
ZELBORAF.....	47
zenatane.....	86
ZENBEXUS.....	33
ZENPEP.....	97
zidovudine.....	59
ziprasidone hcl.....	55
ziprasidone mesylate.....	55
ZIRGAN.....	130
zoledronic acid.....	121
ZOLINZA.....	33
zolpidem tartrate.....	139
ZONISADE.....	19
zonisamide.....	19

zovia 1/35 (28).....	108
ZTALMY.....	17
zumandimine.....	108
ZURZUVAE.....	21
ZYDELIG.....	47
ZYKADIA.....	47
ZYMFENTRA (1 PEN).....	117
ZYMFENTRA (2 PEN).....	117
ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	117
ZYPREXA RELPREVV.....	55

**ក ផែនការ៖ អ ក ចំណែក ឧបករណ៍ យន្ត ឧបករណ៍ របស់ឧបករណ៍ ៖
 បង្ក បង្ក រុករាន។ លើ រ បង្ក កំណើតឧបករណ៍ ក ចំណែក ឧបករណ៍
 ក ៖ បង្កបង្ក បង្ក បង្កបង្កបង្ក ក**

ANALGESICS.....	1
ANESTHETICS.....	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	5
ANTIBACTERIALS.....	6
ANTICONVULSANTS.....	13
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	19
ANTIDEPRESSANTS.....	20
ANTIEMETICS.....	24
ANTIFUNGALS.....	25
ANTIGOUT AGENTS.....	27
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	27
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	28
ANTIMYCOBACTERIALS.....	29
ANTINEOPLASTICS.....	29
ANTIPARASITICS.....	48
ANTIPARKINSON AGENTS.....	49
ANTIPSYCHOTICS.....	51
ANTISPASTICITY AGENTS.....	56
ANTIVIRALS.....	57
ANXIOLYTICS.....	62
BIPOLAR AGENTS.....	63
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	64
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	68
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	71
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	82
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	85
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	86
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	90
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	93
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	96
GENITOURINARY AGENTS.....	97
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	98
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	99
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	100
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	109

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	110
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	111
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	112
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	120
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	120
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	121
OPHTHALMIC AGENTS.....	129
OTIC AGENTS.....	132
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	133
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	138
SLEEP DISORDER AGENTS.....	139

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 أيضا 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.

ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx
longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac
daaih lorx taux **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Liouh lorx jauv-louc
tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx
mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc 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.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ
1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់
ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413 (TTY:711)**។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **TTY: 711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **TTY: 711**). Такие услуги

предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แจ้งไลน์ภาษาไทย (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.



សេចក្តីជូនដំណឹងការមិនរើសអើង

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

Blue Shield of California ផ្តល់៖

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

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

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A57166DSN-KH_0726

H2819_26_193A_COM_C 07262026



របៀបបង្កើនសារទុក្ខ

បើសិនអ្នកជឿថា Blue Shield of California បានខកខានផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយល្មើសច្បាប់ ក្នុងលក្ខណៈណាមួយទៀត ដោយយោងលើ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានជោសន្តាន, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភាគ, អត្តសញ្ញាណភិនភាគ, ឬបែប សេពសន្ថវៈ, អ្នកអាចបង្កើនសារទុក្ខជាមួយ អ្នកសំរេចសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ Blue Shield of California ។ អ្នកអាចបង្កើនសារទុក្ខ តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់មុខ ឬជាអេឡិកត្រូនិក៖

- » តាមទូរស័ព្ទ៖ ទាក់ទង អ្នកសំរេចសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ Blue Shield of California ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក - 8 ល្ងាច ថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ដោយហៅ 1-800-776-4466។
ឬ បើសិនអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយមិនបានល្អ សូមហៅ TTY/TDD 711។
- » ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទំរង់បំពេញបណ្តឹង ឬសរសេរសំបុត្រ និងផ្ញើទៅ៖

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, Medicare Appeals & Grievance, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367 or email Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com.

- » ដោយផ្ទាល់មុខ៖ ទស្សនាការិយាល័យ នៃវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Blue Shield of California និងថ្លែង ថាអ្នកចង់បង្កើនសារទុក្ខ។
- » ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ទស្សនាគេហទំព័រ របស់ Blue Shield of California នៅ blueshieldca.com។

ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

អ្នកក៏អាចបង្កើនបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយ ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬជាអេឡិកត្រូនិកដែរ៖

- » តាមទូរស័ព្ទ៖ ហៅ 1-916-440-7370។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬឮបានល្អ សូមហៅ 711 (សេវាទូរគមនាគមន៍បណ្តាក់សារ)។
- » ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទំរង់បំពេញបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

ទំរង់បំពេញបណ្តឹង គឺមាននៅ

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

» ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ CivilRights@dhcs.ca.gov។

ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល – ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

បើសិនអ្នកជឿថា អ្នកត្រូវបានរើសអើងប្រឆាំង ដោយយោងលើ ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, ដើមកំណើត, អាយុ, ភាពពិការ ឬភេទ, អ្នកក៏អាចប្តឹងបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ ការិយាល័យសំរាប់សិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែរ៖

- » តាមទូរស័ព្ទ៖ ហៅ 1-800-368-1019។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬឮបានល្អ សូមហៅ TTY/TDD 1-800-537-7697។
- » ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទំរង់បំពេញបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

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

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

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 09/01/2026 ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/medformulary2027។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម**
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2027។



09/01/2026