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

ឆ្នាំ 2027 *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* (*បញ្ជីឱសថ* ឬ *បញ្ជីឈ្មោះឱសថ*)

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់បញ្ជីឈ្មោះឱសថ 27198 កំណែ 12

បញ្ជីឱសថនេះ*ត្រូវបាន*ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 10/23/2026 ។

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 (11/26)

សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះមានឈ្មោះថា *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* (ហៅម្យ៉ាងទៀតថា *បញ្ជីឱសថ*)។ វាប្រាប់អ្នកថាតើឱសថណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ *បញ្ជីឱសថ* នេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរថាតើមានវិធាន ឬការដាក់កម្រិតជាពិសេសណាមួយទៅលើឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ដែរឬទេ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យដែលមាននៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។

តារាងមាតិកា

A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ iv

B. សំណួរដែលសួរញឹកញាប់ (FAQ) xiv

B1. តើមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*? (យើងហៅ*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងថា "បញ្ជីឱសថ"* ជាពាក្យកាត់។) xiv

B2. តើ*បញ្ជីឱសថ*មានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ? xv

B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរទៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*? xvi

B4. តើមានការរឹតត្បិត
ឬការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថឬសកម្មភាពណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានឱសថមួយចំនួនដែរឬទេ? xvii

B5. តើខ្ញុំដឹងតាមវិធីណាថាឱសថដែលខ្ញុំត្រូវការមានការដាក់កំណត់
ឬថាតើត្រូវអនុវត្តវិធានការចាំបាច់អ្វីខ្លះដើម្បីទទួលបានឱសថនោះ? xviii

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

B7. តើលោកអ្នកអាចស្វែងរកឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថ*តាមវិធីណា? 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

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. បញ្ជីឱសថដែលមានការជាន់រ៉ាប់រង 141

A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ

នេះគឺជាបញ្ជីឱសថដែលសមាជិកអាចទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

- អ្នកអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថដែលមានការជានាវ៉ាប់រងដែលមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតរបស់គម្រោង 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 អក្សរស្មៅបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅជាតកថានៃឯកសារនេះ។ 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 ព័ត៌មានហ្សែន បុព្វបុរស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬពិការភាពរាងកាយនោះឡើយ។

❖ *ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអាមេនី ភាសាចិនសាមញ្ញ ភាសាចិនបុរាណ ភាសាហ្គាស៊ី ភាសាខ្មែរ (កម្ពុជា) ភាសាកូរ៉េ ភាសារុស្សី ភាសាតាកាឡុក 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

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|

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

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.

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

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

ແຈ້ງໃຫ້ຊາບພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413
(TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

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.

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

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

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.

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំសំណើអធិប្បាយដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះ និង ការទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគតជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេង (អក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរស្ទាប់ ឬជាសំឡេងជាដើម)។ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំនេះ។ សេវាបម្រើអតិថិជននឹងរក្សាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារ រហូតដល់ពេលដែលអ្នកចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។
- ដើម្បីធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសំណើអធិប្បាយដើម្បីទទួលបានការទំនាក់ទំនងដែលត្រូវការជាភាសាដែលពេញចិត្ត ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

B. សំណួរដែលសួរញឹកញាប់ (FAQ)

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

B1. តើមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង?*
(យើងហៅ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងថា "បញ្ជីឱសថ"* ជាពាក្យកាត់។)

ឱសថដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង **ផ្នែក C**
គឺជាឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
ឱសថទាំងនេះអាចស្វែងរកបាននៅតាមឱសថស្ថាននានានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។
ឱសថស្ថានស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើយើងមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយ
ពួកគេដើម្បីធ្វើការជាមួយយើងនិងផ្តល់សេវាកម្មដល់លោកអ្នក។ យើងហៅឱសថស្ថានទាំងនេះថា
"ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ"។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនជាក់លាក់មួយចំនួនអា
ចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.m
edi-calrx.dhcs.ca.gov) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែ
កសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទ
ទួលផល (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើក ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal
Rx។

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែល
ចាំបាច់ខាងសុខភាពទាំងអស់នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ប្រសិនបើ៖
    - វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក និយាយថាអ្នកត្រូវការ
ពួកវាជាចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើឱ្យជំងឺបានធូរស្រាលជាងមុន ឬបន្តមានសុខភាពល្អតទៅទៀត
    - 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។

B2. តើ *បញ្ជីឱសថ*មានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?

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។ (ជំហានព្យាបាលមានន័យថាលោកអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងនឹងរាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។)

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតស្តីពីវិធានឱសថទាំងនេះ សូមអានសំណួរ B4។

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

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

សំណួរទី B3 និង B6 ខាងក្រោមមានព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពីបញ្ហាថាតើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេល *បញ្ជីឱសថ*ផ្លាស់ប្តូរ។

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

B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរទៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*?

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*នឹងកើតមានឡើង**ភ្លាមៗ**។ ឧទាហរណ៍៖

- **ការជំនួសកំណែថ្មីមួយចំនួននៃឱសថ។**
  យើងអាចនឹងដកឱសថចេញពី *បញ្ជីឱសថ*ជាបន្ទាន់ប្រសិនបើយើងជំនួសវាដោយឱសថប្រភេទថ្មីមួយចំនួនប៉ុន្តែតម្លៃឱសថថ្មីរបស់អ្នកនឹងនៅតែមានតម្លៃ $0។
  នៅពេលយើងបន្ថែមកំណែថ្មីនៃឱសថ យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង បញ្ជី ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរវិធានឬការធានារ៉ាប់រងរបស់វា។
  - យើងប្រហែលជាមិនប្រាប់អ្នកមុន ពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើឡើង នៅពេលវាកើតឡើង។
  - យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះបានលុះត្រាតែឱសថដែលយើងកំពុងបន្ថែម៖
    - គឺជាកំណែឱសថទូទៅថ្មីនៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬ
    - គឺជាកំណែជីវសាស្ត្រថ្មីជាក់លាក់នៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*(ឧទាហរណ៍ ការបន្ថែមជីវសាស្ត្រដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបានដែលអាចជំនួសបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី)។
    - ប្រភេទឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមប្រភេទឱសថទាំងនេះអាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ផ្នែក B14**។
  - អ្នកឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងផ្ញើការជូនដំណឹងដល់អ្នកនូវជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តតាមដើម្បីស្នើសុំករណីលើកលែង។ សូមអានសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។
- **លុបបំបាត់ឱសថគ្មានសុវត្ថិភាព និងឱសថដទៃទៀតដែលត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។** ពេលខ្លះឱសថមួយអាចត្រូវបានគេរកឃើញថាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយហេតុផលផ្សេងៗ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី *បញ្ជីឱសថ*ភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ ហើយអាចធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើងប្រសិនបើ៖

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

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

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

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

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

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 ផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាមុនសិន
  មុននឹងលោកអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
  ការយល់ព្រមជាមុនខុសពីការបញ្ជូនបន្ត។ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan អាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន។
- **បរិមាណកំណត់៖** ពេលខ្លះគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ដាក់កំណត់ចំពោះចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលយកបាន។

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ការព្យាបាលជាជំហាន៖ ជួនកាលគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
តម្រូវឱ្យអ្នកធ្វើការព្យាបាលជាជំហាន។ ប្រការនេះមានន័យថា លោកអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថតាម
លំដាប់ជាក់លាក់មួយចំនួនសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។
អ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងជានាវ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។
ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នកគិតថាឱសថដំបូងមិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់លោកអ្នកទេ
នោះយើងនឹងជានាវ៉ាប់រងលើឱសថទីពីរ។
អ្នកអាចស្វែងរកថាតើឱសថរបស់អ្នកមានការតម្រូវឬការដាក់កម្រិតបន្ថែមដែរឬទេដោយការចូល
មើលតារាងនៅក្នុង
ផ្នែក C។ អ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាម
blueshieldca.com/medformulary2027។ យើងបានបង្ហោះតាមអនឡាញនូវឯកសារដែលពន្យល់អំ
ពីការយល់ព្រមជាមុន និងការដាក់កម្រិតនៃការព្យាបាលជាជំហាន។ យើងក៏អាចផ្ញើជូនលោកអ្នក
តាមការស្នើសុំផងដែរ។

លោកអ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងបានពីការដាក់កំណត់ទាំងនេះ។ ការធ្វើដូច្នេះ
នឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សា
ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្នែកទៀតរបស់លោកអ្នក។
គាត់អាចជួយលោកអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដែលលោ
កអ្នកអាចប្រើជំនួស ឬក៏ត្រូវស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12
ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

B5. តើខ្ញុំដឹងតាមវិធីណាថាឱសថដែលខ្ញុំត្រូវការមានការដាក់កំណត់ ឬថាតើត្រូវអនុវត្តវិធានការចាំបាច់អ្វីខ្លះដើម្បីទទួលបានឱសថនោះ?

តារាងនៅក្នុងផ្នែក ដែលមានចំណងជើងថា "បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ"
មានតារាងជួរឈរដែលមានឈ្មោះ "វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កម្រិត ឬ
ការកំណត់ចំពោះការប្រើប្រាស់។"

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

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

B7. តើលោកអ្នកអាចស្វែងរកឱសថក្នុង *បញ្ជីឱសថ*តាមវិធីណា?

មានមធ្យោបាយពីរក្នុងការស្វែងរកឱសថ៖

- អ្នកអាចស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម **ឬ**

ផ្នែកនេះបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

- អ្នកអាចស្វែងរកតាមស្ថានភាពសុខភាព។

ដើម្បីស្វែងរក**តាមអក្ខរក្រម** សូមរកមើលឱសថរបស់អ្នកនៅ
ក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។
លោកអ្នកអាចស្វែងរកវានៅក្នុងលិបិក្រមដែលចាប់ផ្តើមនៅលើទំព័រ 141 ។
លិបិក្រមនេះផ្តល់នូវបញ្ជីឈ្មោះឱសថទាំងអស់តាមអក្ខរក្រមដែលដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងឯកសារនេះ។
ទាំងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងទាំងឱសថទូទៅត្រូវរាយឈ្មោះនៅក្នុងលិបិក្រមនេះ។
ស្វែងរកនៅក្នុងលិបិក្រម ហើយរកឃើញឱសថរបស់លោកអ្នក។ នៅជាប់នឹងឱសថរបស់លោកអ្នក
លោកអ្នកនឹងឃើញលេខទំព័រដែលលោកអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងរក **តាមរយៈស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ** សូមរកមើលផ្នែកដែលមានឈ្មោះ "បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ"។ ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានចាត់តាមប្រភេទផ្សេងៗដោយផ្អែកលើប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលវាព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែស្វែងរកមើលនៅក្នុងប្រភេទក្នាក់ងារសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

B8. មានបញ្ហាអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើ ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*?

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

- ស្នើផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសុំបញ្ជីឱសថស្រដៀងនឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ បន្ទាប់មក បង្ហាញបញ្ជីដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត។ ពួកគេអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដែលដូចគ្នានឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ **ឬ**
- ស្នើសុំគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែង
ដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 ដើម្បីទទួលបាន
ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

B9. តើមានបញ្ហាអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំគឺជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan និងមិនអាចរកឃើញឱសថរបស់ខ្ញុំនៅលើ *បញ្ជីឱសថ* ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំ?

យើងអាចជួយបាន។ យើងអាចរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្នដល់លោកអ្នករយៈពេល 30 ថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកក្លាយជាសមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ ការធ្វើដូច្នេះ នឹងផ្តល់ពេលវេលាដូនលោកអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់លោកអ្នក។ គាត់អាចជួយលោកអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដែលលោកអ្នកអាចប្រើជំនួស ឬក៏ត្រូវស្នើសុំការលើកលែង។

ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្គាប់ឱ្យប្រើឱសថរយៈពេលតិចជាងនេះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជាបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលការប្រើថ្នាំជាអតិបរមាបាន 30 ថ្ងៃ។

គោលការណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ
នៅក្នុងកាលៈទេសៈដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍កំពុងកែប្រែពីមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៅមជ្ឈដ្ឋានព្យាបាលមួយទៀត គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងធានាឱ្យមានដំណើរការឆាប់រហ័សសម្រាប់ការអនុម័តឱសថផ្នែក D ដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថ។ ដំណើរការនេះនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះបញ្ជីឱសថផ្នែក D ដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬការព្យាបាលជាជំហាន។ ឧទាហរណ៍ពីកម្រិតផ្លាស់ប្តូរការថែទាំគឺ អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលចេញពីមន្ទីរពេទ្យទៅសម្រាកផ្ទះ អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលបញ្ចប់ការសម្រាកនៅមន្ទីរថែទាំជំនាញនៃ Medicare ផ្នែក A របស់ខ្លួន និងអ្នកដែលត្រូវការប្តូរត្រឡប់ទៅបញ្ជីឱសថគម្រោងផ្នែក D អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានចេញពីមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិក ដែលមានរបបថ្នាំលក្ខណៈផ្តាល់ខ្លួនខ្ពស់។

B10. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំបានទេ?

ពិតជាបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ឱ្យធ្វើការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនស្ថិតនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*។

លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងឱ្យកែប្រែវិធានលើឱសថរបស់លោកអ្នកផងដែរ។

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

B11. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងបានតាមរបៀបណា?

ដើម្បីស្នើសុំនូវការលើកលែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ អ្នកតំណាងរបស់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងធ្វើការជាមួយអ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកស្នើសុំនូវការលើកលែង។ អ្នកក៏អាចអាន**ជំពូកទី 9**
ផ្នែក G2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការលើកលែង។

B12. តើត្រូវចំណាយពេលវេលាប៉ុន្មានដើម្បីទទួលបានការលើកលែង?

បន្ទាប់ពីយើងទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលគាំទ្រសំណើសុំការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចមួយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះតាមអេឡិចត្រូនិក (តាមអនឡាញ ឬទូរសារ) ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកឱសថស្ថានរបស់
Blue Shield តាមរយៈលេខ (800) 535-9481 ហើយផ្តល់ឱ្យយើងនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយបន្ទាប់មកផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើង 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 រាប់រងទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ
និងឱសថទូទៅ។

B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាអ្វី ហើយតើវាពាក់ព័ន្ធយ៉ាងណាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា?

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

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទឱសថ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។

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

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់
អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ជាទូទៅ
ឱសថដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ
គឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រប៉ុន្មានរយៈពេលវែង។ ឱសថមិនអាចស្វែងរកបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

- **សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។** យើងផ្តល់ជូននូវសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបាន**ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ រហូតដល់ 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលចង់បាន កម្រិតទី 2៖ ឱសថទូទៅ កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថដែលមិនចង់បាន**។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលចង់បាន និងកម្រិតទី 2៖ ឱសថទូទៅមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 1 និងទី 2។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលគេចង់បាន និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថដែលមិនចង់បានមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតទី 3 និងទី 4។

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

B16. តើខ្ញុំអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយដឹកជញ្ជូនទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំដែរ ឬទេ?

ឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់អ្នកប្រហែលជាអាចដឹកជញ្ជូនវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើពួកគេផ្តល់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែរ ឬទេ។

B17. តើប្រាក់បង់រួមរបស់ខ្ញុំមានប៉ុន្មាន?

សមាជិកគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan មានការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា ប្រសិនបើសមាជិកអនុវត្តតាមវិធានរបស់គម្រោង។

កម្រិត គឺជាក្រុមឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតកថានៃឯកសារនេះ។

លំដាប់ថ្នាក់	**ការពណ៌នា**	**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

		ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ $0.00 - $14.40 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help នោះទេ អ្នកនឹងមិនចំណាយលើសពីចំនួនកិចជាង $35.00 ក្នុងមួយខែ $70 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ $105 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែនៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបាន រ៉ាប់រងនៅក្នុងកម្រិតនេះ ឬ 17% នៃការជានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងនៅក្នុង កម្រិតនេះ។ ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ $0.00 - $14.40 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help នោះទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពីចំនួនកិចជាង $35.00 ក្នុងមួយខែ $70 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ $105 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែសម្រាប់ផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ ឬ 17% នៃការជានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។
កម្រិតថ្នាក់ទី 4	ឱសថដែលមិនចង់បាន	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានបានរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ $0.00, $1.65, $5.80	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានបានរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ $0.00, $1.65, $5.80

		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% នៃការជានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងកម្មវិធីសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។	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% នៃការជានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលមិនមែនអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះ។ ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងកម្មវិធីសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។
កម្រិតថ្នាក់ទី 5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានបានរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)៖ $0.00, $1.65, $5.80	មិនមាន

		សម្រាប់ឱសថដែលបានមានរ៉ាប់រង ផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ $0.00, $5.00, $14.40 ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help ទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពី 25% នៃការជានារ៉ាប់រងរួមគ្នាសម្រាប់ផលិតផលនីមួយៗដែលមានបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្រិតនេះទេ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិត Extra Help ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។	

C. សេចក្តីសង្ខេបនៃ *បញ្ជីនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង*

បញ្ជីនៃឱសថដែលមានបានរ៉ាប់រង ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីឱសថដែលបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
ប្រសិនលោកជួបបញ្ហាក្នុងការស្វែងរកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជី សូម
ត្រឡប់ទៅអានលិបិក្រមនៃឱសថដែលបានរ៉ាប់រងដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង **ផ្នែក D**។
លិបិក្រមរាយឈ្មោះឱសថទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមអក្ខរក្រម។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនជាក់លាក់មួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលផល (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 សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅបាតកថានៃឯកសារនេះ។
- អ្នកក៏អាចអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីឈ្វេងយល់ពីរបៀបប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចណាមួយ។
- ឱសថដែលមិនមែនជាឱសថផ្នែក D មានវិធានផ្សេងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានចាត់តាមប្រភេទផ្សេងៗដោយផ្អែកលើប្រភេទ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលវាព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានជំងឺបេះដូង លោកអ្នកគួរតែស្វែងរកមើលនៅក្នុងប្រភេទក្លាក់ងារសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

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

NDS	ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមិនអាចបន្តលើចំនួនថ្ងៃកំណត់បាន (Non-Extended Day Supply)	ឱសថមិនមានសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង។

កូឡោនទីមួយនៃតារាងនេះរាយឈ្មោះឱសថ។ ឱសថទូទៅត្រូវបានរាយជាអក្សរតូចទ្រេត (ឧទាហរណ៍ *simvastatin*) ឱសថមានម៉ាកយីហោមានអក្សរធំ (ឧទាហរណ៍ ELIQUIS) ព័ត៌មាននៅក្នុងកូឡោន "ចំណាត់ការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការដាក់កំណត់លើការប្រើប្រាស់" ប្រាប់អ្នកថា តើគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan មានវិធានណាមួយសម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដែរ ឬទេ ។

D. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

នៅក្នុងផ្នែកនេះ អ្នកអាចរកឃើញឱសថដោយការស្វែងរកឈ្មោះរបស់វាតាមអក្ខរក្រម។ វានឹងប្រាប់អ្នកពីលេខទំព័រដែលអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

ANALGESICS

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

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតុំមានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)	Tier 1	
naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
naproxen dr 500 mg tab dr	Tier 2	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	Tier 3	
oxaprozin 600 mg tab	Tier 4	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	Tier 3	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
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)	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
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)	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	Tier 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើ ឬសួរតាមអ៊ីនធឺណិតនៅ៖ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីជាភាសា C1។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្លាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
morphine sulfate er 30 mg tab er	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីឱសថដែលមិនត្រូវបានរាយនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANALGESICS

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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីឱសថដែលមិនត្រូវបានរាយក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ផែនការឬទូរស័ព្ទទៅ CIP។

ANESTHETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកធានាបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % ointment	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	Tier 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	Tier 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	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	ឈរអ្នកធានាបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	Tier 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)	Tier 2	
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)	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

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

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកឆែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នឌី (កំរិតថ្នាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រឹប្រមាស់
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	Tier 2	
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	Tier 4	
neomycin sulfate 500 mg tab	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	

អ្នកអ្នាចសូវនៃរកព័ត៌មានសតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឆែងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែហានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួនកតឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ឯកសារចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	Tier 4	
clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)	Tier 4	
clindamycin phosphate 2 % cream	Tier 2	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	Tier 4	
daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	Tier 4	
linezolid 100 mg/5ml recon susp	Tier 5	PA
linezolid 600 mg tab	Tier 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	Tier 4	

អ្នកអាចសួរដៃគូរពេទ្យឬឱសថការីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួនកតឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	Tier 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)	Tier 4	
metronidazole 0.75 % cream	Tier 3	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	Tier 2	
tigecycline 50 mg recon soln	Tier 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
trimethoprim 100 mg tab	Tier 2	
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)	Tier 4	
vancomycin hcl 5 gm recon soln	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	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	Tier 3	

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតូមានសុពលភាពនៃមិត្តសញ្ញាឥឡូវនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដំណែលហានរយៈក្នុងថ្ងៃ C1។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រស់
cefadroxil 500 mg cap	Tier 2	
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)	Tier 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefdinir 300 mg cap	Tier 2	
cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)	Tier 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	Tier 4	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	Tier 2	
ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)	Tier 2	

អ្នកអាចសុំឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកប្តូរទៅប្រើថ្នាំដែលមានក្នុងបញ្ជីនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីជាង C1។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
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)	Tier 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	Tier 2	
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)	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	Tier 4	
ampicillin 500 mg cap	Tier 2	
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)	Tier 4	
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 2	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	

អ្នកអាចសួរឱសថការីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានក្នុងតារាងនេះ

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេថ្នាក់)	ទិដ្ឋភាពចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីការផ្លាស់ប្តូរថ្លៃឱសថ
និងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងថ្នែក C1។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ឯកសារចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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 NACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតុំមានសុពលភាពពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងថ្ងៃ C1។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកគឺចបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីតថ្ងាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ឺប្រស់
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	Tier 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	Tier 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	Tier 4	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	Tier 2	
TETRACYCLINES		
avidoxy 100 mg tab	Tier 3	
doxy 100 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	Tier 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកគឺចបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីតថ្ងាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ឺប្រស់
ANTICONVULSANTS, OTHER		
brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)

អ្នកអ្នកចសូវនៃរកូព័ត៌មានសុតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឱអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលៃមានរាយនៅក្នុងថ្នកៃ C1។

ANTICONVULSANTS

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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងជួរកែ C1។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួនកគឺទបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
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
subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)	Tier 2	
topiramate 25 mg/ml solution	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	Tier 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	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		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 4	

អ្នកអាចសួរឱ្យគ្រូពេទ្យឬអ្នកជំនាញផ្នែកឱសថរបស់អ្នកប្តូរទៅប្រើឱសថដែលមានក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានក្នុងផ្នែក C1។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួនកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
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)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	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
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរទៃរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងផ្នែក C1។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រស់
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)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	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
vigpoder 500 mg packet	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		
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
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)	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
epitol 200 mg tab	Tier 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទមកលេខឥតគិតថ្លៃរបស់ពួកគេ ដើម្បីស្នើសុំឱសថដែលមិនមានក្នុងតារាងនេះ ដោយប្រើប្រាស់ដំណើរការសម្រេចលើករណីលើកលែងតាមរយៈប្រព័ន្ធ CI។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	Tier 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)	Tier 2	
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	Tier 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rufinamide 200 mg tab	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	Tier 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	Tier 4	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
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

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកឬពិនិត្យមើលតារាងនេះដើម្បីស្វែងរកឱសថដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីមើលថាតើវាត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Part D ឬ Part B។ ប្រសិនបើឱសថមិនត្រូវបានរាយនៅក្នុងតារាងនេះ សូមទាក់ទងទៅ CIP។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉្រីប្រុស
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉្រីប្រុស
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		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
donepezil hcl 23 mg tab	Tier 4	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	Tier 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	Tier 2	
galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)	Tier 4	
galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	Tier 3	

អ្នកអាចសុំឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកពិនិត្យមើលថាតើមានជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដែលអាចសមរម្យសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។ អ្នកក៏អាចសួរអ្នកឃ្លាំងឱសថរបស់អ្នកដែរ។

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	Tier 3	
memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)	Tier 4	

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
bupropion hcl 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្នើឱ្យក្រុមព្រឹទ្ធិសភារបស់ខ្លួនធ្វើវិមជ្ឈការដល់ការសម្រេចចិត្តអំពីការគ្រប់គ្រងឱសថ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ជំពូកទី C1។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណីចបច់ថ្លៃឱសថអ្នកី (កំរិតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	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	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	Tier 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីតថ្លាក់)	ឯកសារចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូវប្រាស់
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	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
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	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	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	Tier 3	

អ្នកអ្នកប្រើប្រាស់ដែលមានសិទ្ធិពីអតិថិជនដែលមិនត្រូវបានបញ្ជាក់ឱ្យអនុវត្តតាមនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងជួរកែ C1។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
trazodone hcl 300 mg tab	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
doxepin hcl 10 mg/ml conc	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	
protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	

អ្នកអាចសួរទៅកូវ៉ាន់ថាមានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANTIEMETICS, OTHER		
compro 25 mg suppos	Tier 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	Tier 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	Tier 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទមកលេខឥតគិតថ្លៃរបស់យើងតាមរយៈ 1-800-XXX-XXXX ដើម្បីសួរអំពីតម្លៃឱសថដែលមានលក់នៅក្នុងតារាងនេះ។

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	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
ondansetron hcl 4 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	Tier 4	

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតូមានសុវត្ថិភាពតាមរយៈលេខកូដឥតគិតថ្លៃក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងថ្ងៃ C1។

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រស់
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	Tier 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	Tier 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 4	
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 4	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl 250 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	Tier 3	
terconazole 80 mg suppos	Tier 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតុំមានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងថ្នាក C1។

ANTIGOUT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ថ្នាំដែលមានឱសថអូឌី (តំរែតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	Tier 1	
colchicine 0.6 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	Tier 2	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid 500 mg tab	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ថ្នាំដែលមានឱសថអូឌី (តំរែតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
ERGOT ALKALOIDS		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	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		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទមកលេខឥតគិតថ្លៃដែលមានចារឹកនៅខាងក្រោយកាតសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការគ្របដណ្តប់ឱសថរបស់អ្នក។

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកគឺចបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីរតថ្ងាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រឹប្រងស់
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	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	ឈអ្នកគឺចបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីរតថ្ងាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រឹប្រងស់
PARASYMPATHOMIMETICS		
pyridostigmine bromide 60 mg tab	Tier 2	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab er	Tier 4	

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកគឺចបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីរតថ្ងាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រឹប្រងស់
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)	Tier 3	
rifabutin 150 mg cap	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 2	
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)	Tier 2	

អ្នកអ្នកចសូវនៃរកព័ត៌មានសតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែមានរាយនៅក្នុងថ្នកៃ C1។

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកគឺចបច់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
PRETOMANID 200 MG TAB	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	Tier 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rifampin 600 mg recon soln	Tier 4	
rifapentine 150 mg tab	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកគឺចបច់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
lomustine 100 mg cap	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	Tier 2	

អ្នកអាចសួរដៃរកព័ត៌មានសីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដលែមានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (ភីរែតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
nilutamide 150 mg tab	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
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	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
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
toremifene citrate 60 mg tab	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (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

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកថាតើពួកគេមានឱសថទាំងនេះនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីជាភាសា CI។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្លាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
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
hydroxyurea 500 mg cap	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	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (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

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃបញ្ជីឱសថ
និងអ្នកស្រាកតាមក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងថ្ងៃ C1។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), 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		
anastrozole 1 mg tab	Tier 1	
exemestane 25 mg tab	Tier 4	
letrozole 2.5 mg tab	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
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

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកពីតម្លៃឱសថនីមួយៗដែលអ្នកត្រូវការ ឬអាចប្រើប្រាស់តាមអ៊ីនធឺណិតនៅ ជាមួយនឹងការគ្រប់គ្រងសេចក្តីពន្យល់ជំហានបន្ទាប់ពីការចុច C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ការកែតម្រូវ)	ដំណាក់កាលព្យាបាលជាមុន ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលជាមុន ដែលត្រូវការសម្រាប់ឱសថក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងថ្ងៃ CI។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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
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
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចសួរដៃគូរពេទ្យឬឱសថការីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	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
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	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
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា
និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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
imatinib mesylate 100 mg tab	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	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

អ្នកអាចសួរទៃរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួនកគឺឥបច់ថ្លៃឱសថអ្នឌី (ភីរែតថ្ងាក់)	ឥឆាតការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប៉្រីប្រុងស់
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
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

អ្នកអ្នាចសូនថែរកូព័ត៌មានសុតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឥអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែមានរាយនៅក្នុងថ្នែកែ C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្លាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
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
lapatinib ditosylate 250 mg tab	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

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកឱ្យមានសុីពីរតថល័យនៃមិត្តសញ្ញាខាងលើនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដំណែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកឬមានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងជួរឈរ C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណីចបច់ថ្លៃឱសថអ្នឌី (ភីតថ្ងាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
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
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីឱសថនៃមិត្តភក្តិសញ្ញាណបអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងថ្ងៃកែ C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអាតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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
pazopanib hcl 200 mg tab	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
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

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខខណ្ឌនៃការគ្របដណ្តប់ឱសថ
និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងផ្នែក C1។**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអែលថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
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
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	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
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីការផ្លាស់ប្តូរថ្លៃសហ-ចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងថ្ងៃ C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	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
TAGRISSO (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
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

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកឬពិនិត្យមើលតារាងនេះដើម្បីស្វែងរកឱសថដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Part D ឬ Part B។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ឯកសារចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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
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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
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		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	Tier 5	
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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការគ្របដណ្តប់ និងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងផ្នែក C1។

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួនកគឺឥបច់ថ្លៃឱសថអ្នឌី (ភីតថ្ងាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
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)
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	

អ្នកអ្នកម្ចាចសូវឆែរកូព័ត៌មានសុតីពីអតថន័យនឹងនិមិត្តសញ្ញាឥឱអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែមានរាយនៅក្នុងថ្នែកែ C1។

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកឆែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នឌី (កំរិតថ្នាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ឺប្រុស
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកឆែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នឌី (កំរិតថ្នាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ឺប្រុស
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	Tier 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 2	
carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)	Tier 4	
entacapone 200 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 4	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកប្តូរទៅប្រើថ្នាំដែលមានក្នុងបញ្ជីនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីជាង CI។

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងបង្កបង្កើនឱសថអ្នកជំងឺ (ភាសាអង់គ្លេស)	ដែនកំណត់ការយល់ព្រមជាមុន ឬការកំណត់ការប្រើប្រាស់
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa 25 mg tab	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	Tier 2	
carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងបង្កបង្កើនឱសថអ្នកជំងឺ (ភាសាអង់គ្លេស)	ដែនកំណត់ការយល់ព្រមជាមុន ឬការកំណត់ការប្រើប្រាស់
1ST GENERATION/TYPICAL		
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)	Tier 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	Tier 4	
fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	

អ្នកអាចសុំឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកប្តូរទៅប្រើថ្នាំដែលមានក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីជាភាសា C1។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ៊ូនី (ភាគច្រើន)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	Tier 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	Tier 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	Tier 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	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)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	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
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	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

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃការគ្របដណ្តប់ឱសថ
និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងជួរឈរ C1។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកអ្នកចសូវនៃរកព័ត៌មានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឱអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែហានរាយនៅក្នុងជួនកែ C1។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
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

អ្នកអាចសួរដៃគូរកព័ត៌មានសុីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឱនអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែហានរយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	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
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	Tier 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	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
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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)	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

អ្នកអាចសួរឱ្យតំណាងសេវាអតិថិជនរបស់យើងជួយបកប្រែព័ត៌មាននេះជាភាសាផ្សេងបាន ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីនៅ C1។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីរតថ្លាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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)	Tier 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	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
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	Tier 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (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

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទមកលេខឥតគិតថ្លៃដែលមានចារឹកនៅខាងក្រោយកាតសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ពីតម្លៃដែលអ្នកត្រូវបង់ចំពោះឱសថណាមួយដែលមានក្នុងបញ្ជីនេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកធានាបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីតថ្ងាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TREATMENT-RESISTANT		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	Tier 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកធានាបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីតថ្ងាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកធានាបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីតថ្ងាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)

អ្នកអាចសួរនៅឱសថការីពីអត្ថន័យនៃលិខិតសញ្ញាណនិងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងថ្នាក់ C1។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមគ្រឿងឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	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	
ribavirin 6 gm recon soln	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)
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)

អ្នកអាចសួរដៃគូរក្នុងតំបន់ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់អ្នកអំពីជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីរបស់ CMS។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងញៀនក្នុងក្រុមតារាង (កម្រិតថ្នាក់)	ការអនុញ្ញាតជាមុន ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់បរិមាណ
raltegravir potassium 400 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 600 mg tab	Tier 5	QL (60 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)
efavirenz 600 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	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)
rilpivirine hcl 25 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្ទពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ៊ូនី (ភីតថ្លាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូប្រុស
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	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)
emtricitabine 200 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	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)
zidovudine 100 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (68 PER 365 OVER TIME)
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតុំមានសុតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឱអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែហានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអាតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	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)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
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)

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃក្នុងតារាងនេះ ដើម្បីស្វែងរកតម្លៃចុងក្រោយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក C1។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	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)
SYMTUZA 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)

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទមកលេខឥតគិតថ្លៃដែលបានរាយនៅលើកាតសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ពីតម្លៃចំណាយដែលអ្នកត្រូវបង់ចេញពីហោប៉ៅ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកឆឆបច់ថ្លឆ្លៃសថ អ្នឺ (កឺរឹតថ្ងាក់)	ឥឆាឆការចាំបាច់ ការជាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្ចឺប្ចុស់
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	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	ឈអ្នកឆឆបច់ថ្លឆ្លៃសថ អ្នឺ (កឺរឹតថ្ងាក់)	ឥឆាឆការចាំបាច់ ការជាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្ចឺប្ចុស់
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)

អ្នឆកម្ចាឆសូឆឆៃរកព័ត៌មានសឆីពីអឆថន្ថ័យនឆៃមិត្តឆសញ្ញាឆ ឆឆអក្សរកាឆតវាក្នុឆតារាឆឆនេះ ជាយចូលទាកាន សចេក្តីពន្ថយលំដាៃលមានរយៈវាក្នុឆថ្ងៃឆៃ C1។

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
MOOD STABILIZERS		
lithium 8 meq/5ml solution	Tier 2	

អ្នកអាចសួរដៃគូរពេទ្យឬឱសថការីពីអត្ថន័យនៃលិខិតសញ្ញាណនិងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

BIPOLAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកធានាបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)	Tier 2	
lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)	Tier 2	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកធានាបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
dapagliflozin 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)
dapagliflozin 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	

អ្នកអាចសួរឱ្យតំណាងសេវាអតិថិជនរបស់យើងជួយបកប្រែឯកសារនេះជាភាសាខ្មែរ ដោយចុចលើតំណភ្ជាប់សេចក្តីជូនដំណឹងដែលមានឈ្មោះថ្នាក់ C1។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអែតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
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)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	Tier 1	
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	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)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	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)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	Tier 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	Tier 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	

អ្នកអាចសួរនៅឱសថការីរបស់អ្នកថាតើវាមានសុវត្ថិភាពក្នុងការលាងសម្អាតដោយប្រើទឹកត្រជាក់ឬក្តៅ។ ដើម្បីជៀសវាងការឆ្លងមេរោគ ត្រូវប្រាកដថាលាងសម្អាតដៃរបស់អ្នកជាមួយសាប៊ូនិងទឹកក្តៅយ៉ាងហោចណាស់ ២០ វិនាទីមុននិងក្រោយពេលប្រើ Cថ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូលស់
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	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)
diazoxide 50 mg/ml suspension	Tier 5	
glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកឬពិនិត្យមើលតារាងនេះដើម្បីស្វែងរកថ្លៃចំណាយនៃថ្នាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការជួយសង្គ្រោះបន្ថែមពីកម្មវិធី Medicare Extra Help ឬ Low-Income Subsidy (LIS) សូមចូលទៅកាន់ www.ssa.gov/extrahelp ឬទូរស័ព្ទទៅ 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងថ្ងៃ C1។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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)
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	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	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)

អ្នកអាចសួរដៃរកព័ត៌មានសុីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឬអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដំលៃមានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងញៀនជំនួសអ្នកជំងឺ (ភាគច្រើន)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
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)	Tier 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
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)	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកថាតើថ្លៃសម្រាប់ឱសថណាមួយនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីជាង C1។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ថ្នាំឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	Tier 3	
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
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកន្លែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេចថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
tranexamic acid 650 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកន្លែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេចថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	Tier 3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	Tier 1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឡូវអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្លាក់)	ឯកសារចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
droxidopa 100 mg cap	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីឱសថដែលមិនត្រូវបានរាយក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រឱសថសម្រាប់ឆ្នាំ CY។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
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	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	Tier 2	
digox 125 mcg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	Tier 4	
flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	

អ្នកអ្នកប្រើប្រាស់ដែលមានសិទ្ធិពីអតីតស្ថិយនដែលមិនត្រូវបានសញ្ញាណអត្តសញ្ញាណនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងថ្ងៃ C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
pacerone 200 mg tab	Tier 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	Tier 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	Tier 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកពីតម្លៃថ្លៃសម្រាប់ថ្នាំដែលមិនមានក្នុងតារាងនេះ ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ប្រៀបធៀបតម្លៃ C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេចប៊ីអិម)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	Tier 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nimodipine 30 mg cap	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	Tier 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 2	
diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	

អ្នកអាចសួរនៃការព្រមានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ជំលៃហានរយៈក្នុងផ្នែក C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉្រីប្រសប់
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
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	

អ្នកអាចសួរឱ្យគ្រូពេទ្យឬអ្នកជំនាញនៃមិត្តសុញ្ញាឱ្យអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងថ្នាក់ C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (ភីរែតថ្លាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូវប្រស់
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	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 1	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	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)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតូមានសុពលភាពនៃមិត្តសញ្ញាឥឌអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងថ្នាក់ C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	ទិដ្ឋានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូវប្រាស់
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
metyrosine 250 mg cap	Tier 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
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)	Tier 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	Tier 1	

អ្នកអាចសួរនៃរោគវិនិច្ឆ័យមានសុពលភាពនៃមិត្តសញ្ញាឱសថអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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	
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	
torsemide (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	

អ្នកអាចសួរទៅកាន់ឱសថការីរបស់អ្នកថាតើពួកគេមានជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីនៃ C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ការកំណត់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 1	
metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)	Tier 2	
fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)	Tier 3	
gemfibrozil 600 mg tab	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	Tier 2	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	

អ្នកអាចសួរទៃរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃពីអត្ថន័យនៃលិខិតសញ្ញាណខាងក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្លៃទាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 2	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	Tier 4	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	Tier 3	
colestipol hcl 1 gm tab	Tier 2	
ezetimibe 10 mg tab	Tier 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	Tier 2	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (ភីតថ្លាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)	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	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	Tier 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	Tier 2	
nitro-bid 2 % ointment	Tier 3	
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)	Tier 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	Tier 3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកឯកទេស (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
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)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីឱសថនៃមិត្តសញ្ញាដែលមានក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ការចេញផ្សាយលើកដំណែលបានរាយនៅក្នុងជួរឈរ C1។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	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)
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)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	Tier 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	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

អ្នកអាចសួរថៃរកព័ត៌មានសព្តីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥតអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្លាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃបន្ថែមទៀតអំពីឱសថដែលមិនត្រូវបានរាយនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

DENTAL AND ORAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (អ៊ីតថ្ងាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៊ីប្រុស
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline hcl 30 mg cap	Tier 4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	Tier 2	
kourzeq 0.1 % paste	Tier 3	
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	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (អ៊ីតថ្ងាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៊ីប្រុស
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	
amnesteem (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	

អ្នកអាចសួរដៃរកព័ត៌មានសីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដលែមានរាយនៅក្នុងថ្នាកៃ C1។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (ភីរែតថ្ងាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រស់
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	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ala-cort 1 % cream	Tier 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	Tier 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	Tier 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	Tier 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	
desoximetasone 0.25 % cream	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសុំឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកពិនិត្យមើលថាតើមានជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដែលអាចត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយផែនការសុខភាពរបស់អ្នកដែរឬទេ។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	Tier 3	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	Tier 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	Tier 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	Tier 3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	Tier 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	Tier 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	Tier 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	Tier 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	Tier 2	
procto-med hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctosol hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	Tier 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	Tier 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតុំមានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនាក្នុងថ្នាក C1។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ឯកសារចាំបាច់ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប៉ូវប្រាស់
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)	Tier 2	
triderm 0.5 % cream	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	Tier 4	
calcipotriene 0.005 % solution	Tier 3	
calcitrene 0.005 % ointment	Tier 3	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	Tier 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	Tier 4	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	Tier 2	
fluorouracil 5 % cream	Tier 3	
imiquimod 5 % cream	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	Tier 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	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)
podofilox 0.5 % solution	Tier 2	
qc alcohol 70 % misc	Tier 2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងទេសថ្នាំអ្នកជំងឺ (ភីអិនថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	Tier 2	
ssd 1 % cream	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
malathion 0.5 % lotion	Tier 4	
permethrin 5 % cream	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	Tier 4	
ciclopirox 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	Tier 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
erythromycin 2 % gel	Tier 4	
erythromycin 2 % solution	Tier 2	
mupirocin 2 % ointment	Tier 2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការគ្របដណ្តប់ និងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ជំពូកមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (ភីតថ្នាក់)	ទិដ្ឋភាពចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
dextrose 10 % solution	Tier 4	
dextrose 5 % solution	Tier 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)	Tier 4	
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	Tier 3	
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)	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
klor-con 10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con 8 meq tab er	Tier 2	
klor-con m10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con m15 15 meq tab er	Tier 2	
klor-con m20 20 meq tab er	Tier 2	
lactated ringers solution	Tier 4	
magnesium sulfate 50 % solution	Tier 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
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)	Tier 4	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីឱសថនៃមិត្តសញ្ញាដែលអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងជួរឈរ C1។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេថ្នាក់)	ទិដ្ឋភាពចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	Tier 2	
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)	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	Tier 3	
ringers solution	Tier 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	Tier 4	
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)	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីឱសថដែលមិនត្រូវបានរាយបញ្ជីនៅលើបញ្ជីនេះ ដោយចូលទៅកាន់ការចុះឈ្មោះពេទ្យលើបណ្តាញ C1។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ៊ូនី (ភីតថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
enulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	

អ្នកអាចសួរនៅឱសថការពេញម៉ោងណាមួយដើម្បីស្វែងរកឱសថដែលមានតម្លៃទាបបំផុតដែលត្រូវបានរាយនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	Tier 2	
generlac 10 gm/15ml solution	Tier 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	Tier 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	Tier 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
loperamide hcl 2 mg cap	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	Tier 2	PA
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃក្នុងតារាងនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើលថ្លៃចំណាយលើឱសថណាមួយនៅក្នុងផែនការ C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមគម្រោងថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	Tier 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 3	
ursodiol 300 mg cap	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		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	Tier 2	
sucralfate 1 gm tab	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	Tier 4	

អ្នកអាចសួរដៃគូរក្រុមព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកឬតំណាងផ្នែកសេវាអតិថិជនដែលមានលេខនៅលើកាតសមាជិកភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលមានក្នុងបញ្ជីនេះ។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ C1។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	Tier 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	Tier 2	
omeprazole 20 mg cap dr	Tier 1	
omeprazole 40 mg cap dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	Tier 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 3	

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	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
betaine powder	Tier 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខខណ្ឌនៃការគ្របដណ្តប់ និងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងផ្នែក C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថ (គ្រឹះថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
l-glutamine 5 gm packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	PA
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	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថ (គ្រឹះថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
oxybutynin chloride 5 mg tab	Tier 2	
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	

អ្នកអាចសួរដៃគូរក្នុងតំបន់ឬរដ្ឋរបស់អ្នកថាតើមានជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីកែ C1។

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉្រីប្រមស់
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	Tier 2	
dutasteride 0.5 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	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)
penicillamine 250 mg tab	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉្រីប្រមស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	

អ្នកអ្នកម្ចាចសូវនៃរកូព័ត៌មានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឆ្នាំងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែមានរាយនៅក្នុងថ្នាកែ C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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)	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	Tier 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	Tier 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	Tier 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	Tier 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	Tier 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	Tier 2	
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)	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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីរតថ្ងាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	Tier 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	Tier 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate spray 0.01 % solution	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	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីរតថ្ងាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូរីប្រាស់
ANDROGENS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	

អ្នកអ្នកម្ចាស់ទំនៃកូព័ត៌មានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឱអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលៃមានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កម្រិតថ្នាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	

អ្នកអាចសុំឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកប្តូរទៅប្រើថ្នាំដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីជាមុនសិន C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកឯ (កិតថ្នាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	Tier 3	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
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)	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកថាតើមានជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមិនត្រូវការការអនុម័តជាមុនឬអត់ ដែលអាចត្រូវបានគ្រប់គ្រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ ដែលអាចជួយសន្សំប្រាក់បានច្រើនជាងមុន។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងទប់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភាគថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកឯ (កម្រិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
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	

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកថាតើពួកគេមានថ្នាំទាំងនេះក្នុងស្តុកឬអត់ ឬអាចបញ្ជាទិញបានដែរឬទេ។ ថ្នាំមួយចំនួនអាចមានតម្លៃថោកជាងប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ GoodRx ដើម្បីទិញ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគឺឥឡូវឱសថអ្នកនី (កម្រិតថ្នាក់)	និយាយការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	Tier 3	
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	
lutera 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-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	

អ្នកអាចសុំឱសថដែលក្រៅពីបញ្ជីមានសុពលភាពនៃមិត្តសញ្ញាឆ្នាំងអក្សរកាតាឡុកនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលចំនួន C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នឌី (កិតថ្នាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nikki 3-0.02 mg tab	Tier 3	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
ocella 3-0.03 mg tab	Tier 3	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	

អ្នកអ្នកចសូវនៃរកូព័ត៌មានសុតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឱអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ជាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែហានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កម្រិតថ្នាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
syeda 3-0.03 mg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	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	
vestura 3-0.02 mg tab	Tier 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	

អ្នកអ្នកចសូវនៃរកូព័ត៌មានសុតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥឱអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែមានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កិរិតថ្នាក់)	និងការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
yuvafem 10 mcg tab	Tier 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	Tier 3	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	Tier 3	
deblitane 0.35 mg tab	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
emzahh 0.35 mg tab	Tier 3	
errin 0.35 mg tab	Tier 3	
gallifrey 5 mg tab	Tier 2	
heather 0.35 mg tab	Tier 3	
incassia 0.35 mg tab	Tier 3	
jencycla 0.35 mg tab	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
lyleq 0.35 mg tab	Tier 3	
lyza 0.35 mg tab	Tier 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	Tier 3	

អ្នកអាចសួរឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកឬឱសថការីរបស់អ្នកឱ្យជួយអ្នកស្វែងរកជម្រើសដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដោយប្រើប្រាស់ឱសថសេកុតីពន្យល់ដែលមានរាយនាមក្នុងជួរឈរ C1។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីតថ្នាក់)	តិចាគការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
nora-be 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	Tier 2	
norlyroc 0.35 mg tab	Tier 3	
orquidea 0.35 mg tab	Tier 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	Tier 2	
sharobel 0.35 mg tab	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹះបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (ភីតថ្នាក់)	តិចាគការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
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	

អ្នកអ្នកចសូវនៃរកព័ត៌មានសតីពីអតថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន សចេក្តីពន្យល់ដំលែមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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	
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)	Tier 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	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	
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)	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	Tier 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខខណ្ឌនៃការព្យាបាលដែលមានតាមរយៈការប្រើប្រាស់ឱសថ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ជំងឺរបស់អ្នកតាមរយៈ C1។

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកឆ្លងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប៉ុន្មាន
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
mifepristone 300 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)	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	ឈអ្នកឆ្លងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប៉ុន្មាន
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propylthiouracil 50 mg tab	Tier 2	

**អ្នកអាចសុំឱ្យកូនរបស់អ្នកមានសុខភាពល្អបានដោយការចាក់ថ្នាំបង្ការ
ដើម្បីការពារជំងឺដែលអាចធ្វើឱ្យកូនរបស់អ្នកឈឺធ្ងន់ធ្ងរ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ៊ូនី (ភីអេថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	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

អ្នកអាចស្នើឱ្យក្រុមព្រឹទ្ធសភាពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រុមប្រឹក្សាសុខភាពរបស់អ្នក ដោយប្រើដំណើរការឧទ្ធរណ៍ សេចក្តីពន្យល់ដំណើរការឧទ្ធរណ៍ កែ C1។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឥតអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
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)

អ្នកអ្នកចូលទៅកាន់ព័ត៌មានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើ សូមអ្នកស្រាវជ្រាវក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងជួរកែ C1។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine 50 mg tab	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	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)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាឬអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	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)

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតុំមានសុតីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងថ្នាក់ C1។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	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	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	

**អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកឬមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថអ្នកជំងឺក្រៅពី

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ៊ូនី (ភីអេចថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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

អ្នកអាចសួរឱសថិករបស់អ្នកថាតើមានជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីរបស់ C1។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមគម្រោងថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអេថ្នាក់)	ការដាក់កំហិតឬការអនុម័តជាមុន
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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃឱសថដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ចុងក្រោយនេះ ដោយចូលទៅកាន់ការចេញផ្សាយលើកដំបូងនៅក្នុងឆ្នាំ ២០២១។

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

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

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកន្លែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	Tier 1	
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	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)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរដៃគូរឱសថរបស់អ្នកឬទូរស័ព្ទមកកាន់សេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទដែលមានចុះបញ្ជីនៅខាងក្រោយកាតសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ពីតម្លៃចំណាយដែលអ្នកត្រូវបង់ចេញពីហោប៉ៅ។

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកឆ្លងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកី (កំរិតថ្នាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	Tier 1	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen	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)
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈអ្នកឆ្លងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកី (កំរិតថ្នាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	Tier 3	

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យកែប្រែឬបន្ថែមថ្នាំមួយចំនួនទៅក្នុងបញ្ជីនេះដោយទាក់ទងមកកាន់
ផ្នែកអតិថិជនរបស់យើងតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទដែលមានចុះបញ្ជីនៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (កំរិតថ្នាក់)	ឱសានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូវប្រាស់
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PADS 70 % PAD	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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
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 12.7MM 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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអាតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
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 (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
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	
gauze pads 2	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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួនកគឺឧបត្ថម្ភឱសថអ្នកជំ (ភីអែតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	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	

អ្នកអាចសួរឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកប្តូរទៅប្រើឱសថដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្លាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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	
ringers irrigation solution	Tier 2	
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
sterile water for irrigation solution	Tier 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 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" 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" 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	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
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	

អ្នកអាចសួរដៃគូរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដំលែហានាយនៅក្នុងជួរកែ C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភីអែចថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញាខាងលើនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
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	

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្រុមឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
atropine sulfate 1 % solution	Tier 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	Tier 3	
dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)	Tier 2	

អ្នកអាចសួរនៃការព្រមានស្តីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងទេសឱសថអ្នកនឹងបង់ប្រាក់ (ការចំណាត់ថ្នាក់)	ការអនុញ្ញាតជាមុន ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	Tier 3	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	Tier 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	Tier 2	
neo-polycin hc 1 % ointment	Tier 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	Tier 2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	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	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % solution	Tier 2	
cromolyn sodium 4 % solution	Tier 2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខខណ្ឌនៃការគ្របដណ្តប់ និងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈពេលខ្លីនៃ C1។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឿងទេសឱសថអ្នកនឹងបង់ប្រាក់ (ការចំណាយចម្លង)	ដែនកំណត់ការព្យាបាល ការដាក់កំហិត ឬការអនុម័តជាមុន
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	Tier 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	Tier 2	
tobramycin 0.3 % solution	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	
diclofenac sodium 0.1 % solution	Tier 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	Tier 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	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)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	Tier 2	

អ្នកអាចសួរទៃរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃពីអត្ថន័យនៃលិខិតតុសញ្ញាដែលអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងផ្នែក C1។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl 0.5 % solution	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)	Tier 3	
timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	Tier 2	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution	Tier 4	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	Tier 2	
brinzolamide 1 % suspension	Tier 3	
dorzolamide hcl 2 % solution	Tier 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	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		
bimatoprost 0.03 % solution	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	Tier 1	

អ្នកអាចសួរដៃគូរកូវ៉ាតុំមានសុពលភាពពីអតថន្ថយនៃមិត្តសញ្ញាណខាងក្រោមនេះ ដាយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដំណែលមានរយៈពេលចុងក្រោយ C1។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	Tier 2	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	Tier 3	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	Tier 2	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈរអ្នកគ្រឹងបង់ថ្លៃឱសថអ្វី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរនៅឱសថការីរបស់អ្នកឬពិនិត្យមើលនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងដើម្បីស្វែងរកឱសថដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនាមក្នុងថ្នាក់ C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកន្លែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	Tier 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	Tier 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសព្វថ្ងៃអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃបញ្ជីឱសថ
និងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់
សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរយៈក្នុងថ្ងៃ C1។**

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តាលបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ការកំណត់)	វិធានការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌ
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	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)
tiotropium bromide 18 mcg cap	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	Tier 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីឱសថនៃមិត្តសញ្ញាដែលអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងជួរកែ C1។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកន្លែងបង់ថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (កំរិតថ្នាក់)	ដំណាក់កាលចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លក្ខខណ្ឌប្រើប្រាស់
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
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)	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)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	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		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
roflumilast 250 mcg tab	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
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)	Tier 3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីការព្យាបាលនៃមិត្តសញ្ញាដែលបានរាយនៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ជំពូកនៅក្នុងផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគន្លងថ្លៃឱសថអ្នកជំងឺ (ភាគច្រើន)	ការអនុញ្ញាតជាមុន ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
alyq 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	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)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសង្ខេបអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃមិត្តសញ្ញាដែលអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងជួរឈរ C1។

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មួញកណ្តឹងបង់ថ្លៃឱសថអូឌី (កំរិតថ្នាក់)	ឱកាសការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លីការប៉ូវប្រស់
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	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)
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	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)
budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

អ្នកម្ហូបសូវខែរកូព័ត៌មានសុតីពីអតថន័យនៃមិត្តសញ្ញាឆ្ងាំងអក្សរកាតនៅក្នុងតារាងនេះ ដាយចូលទៅកាន់សចេក្តីពន្យល់ដំលែហានរាយនៅក្នុងថ្នលកែ C1។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
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)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	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)
wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឱសថអ្នកនី (កំរិតថ្នាក់)	ឱសថការចាំបាច់ការដាក់កំហិតឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 3	PA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

SLEEP DISORDER AGENTS

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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុីពីអត្ថន័យនៃនិមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់ក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ សេចក្តីពន្យល់ដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែក C1។

ទេ កៈ ចផៃ កនេះ អ កៈ ចសៃ ចរកឱសថ យសៃ ចរកៈ ៈបស់ឱសថ ៈ មលំ ប់អក រកមៗ ឆីខ្ ៈ ប់អ កពីលេខទំព័រដែលអ កៈ ចសៃ ចរកព័ន ៈ ប់រចបនៃ មស្ ៈ ប់ឱសថរបស់អ កៗ

A

abacavir sulfate . . . 88
abacavir sulfate-lamivudine . . . 89
ABELCET . . . 55
ABILIFY MAINTENA . . . 81
abiraterone acetate . . . 59
abirtega . . . 59
ABRYSVO . . . 147
acamprosate calcium . . . 35
acarbose . . . 94
accutane . . . 116
acebutolol hcl . . . 104
acetaminophen-codeine . . . 33
acetazolamide . . . 106
acetazolamide er . . . 162
acetic acid . . . 163
acetylcysteine . . . 168
acitretin . . . 116
ACTHIB . . . 147
ACTIMMUNE . . . 144
acyclovir . . . 92,120
acyclovir sodium . . . 92
ADACEL . . . 147
adefovir dipivoxil . . . 87
ADEMPAS . . . 167
ADVAIR HFA . . . 168
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 151
afirmelle . . . 131
AIMOVIG . . . 57
AKEEGA . . . 61
ala-cort . . . 117
albendazole . . . 78
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) . . . 165
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . . . 165
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) . . . 165
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) . . . 165
albuterol sulfate . . . 165
albuterol sulfate hfa . . . 165
alclometasone dipropionate . . . 117
ALCOHOL 70% PADS . . . 152
ALCOHOL PADS . . . 152
ALCOHOL PREP . . . 152
ALCOHOL PREP PADS . . . 152
ALCOHOL SWABS . . . 152
ALCOHOL SWABSTICK . . . 152
alcohol wipes . . . 119
ALDURAZYME . . . 126
ALECENSA . . . 63
alendronate sodium . . . 150
alfuzosin hcl er . . . 128
aliskiren fumarate . . . 106
allopurinol . . . 57
alosetron hcl . . . 124
alprazolam . . . 92
altavera . . . 131
ALUNBRIG . . . 63,64
alyacen 1/35 . . . 131
alyacen 7/7/7 . . . 131
alyq . . . 167
amantadine hcl . . . 79
ambrisentan . . . 167
amikacin sulfate . . . 36
amiloride hcl . . . 109
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 106
amiodarone hcl . . . 103
amitriptyline hcl . . . 53
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 107
amlodipine besylate . . . 105
amlodipine besylate-valsartan . . . 107
amlodipine-atorvastatin . . . 107
amlodipine-olmesartan . . . 107
amlodipine-valsartan-hctz . . . 107
ammonium lactate . . . 117
amnesteem . . . 116

amoxapine . . . 53
amoxicillin . . . 40
amoxicillin trihydrate . . . 40
amoxicillin-pot clavulanate . . . 40
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE . . . 40
amoxicillin-pot clavulanate er . . . 40
amphetamine-dextroamphet er . . . 113
amphetamine-dextroamphetamine . . . 113
AMPHOTERICIN B . . . 55
amphotericin b liposome . . . 55
ampicillin . . . 40
ampicillin sodium . . . 40
ampicillin-sulbactam sodium . . . 40
anagrelide hcl . . . 100
anastrozole . . . 63
ANORO ELLIPTA . . . 168
apraclonidine hcl . . . 162
aprepitant . . . 54
apri . . . 131
APTIVUS . . . 90
AQ INSULIN SYRINGE . . . 152
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 152
ARALAST NP . . . 126
ARANELLE . . . 131
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 100
ARCALYST . . . 142
AREXVY . . . 147
ARGYLE STERILE WATER . . . 152
ARIKAYCE . . . 36
aripiprazole . . . 81
armodafinil . . . 170
ARNUITY ELLIPTA . . . 163
asenapine maleate . . . 81
ashlyna . . . 131
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 163
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 164
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 164
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 164
ASMANEX HFA . . . 164
aspirin-dipyridamole er . . . 101
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 152
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 152
atazanavir sulfate . . . 90
atenolol . . . 104
atenolol-chlorthalidone . . . 107
atomoxetine hcl . . . 113
atorvastatin calcium . . . 110
atovaquone . . . 78
atovaquone-proguanil hcl . . . 78
atropine sulfate . . . 159
aubra . . . 131
aubra eq . . . 131
AUGTYRO . . . 61
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 152
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 152
AUM PEN NEEDLE . . . 152
AURANOFIN . . . 142
aurovela 1.5/30 . . . 131
aurovela 1/20 . . . 131
aurovela fe 1.5/30 . . . 131
aurovela fe 1/20 . . . 131
AUSTEDO . . . 114
AUSTEDO XR . . . 114
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 114
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 152
AUVELITY . . . 50
AUVELITY TITRATION PACK . . . 50
aviane . . . 131
avidoxy . . . 43
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 63
ayuna . . . 131
AYVAKIT . . . 64
azathioprine . . . 145
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 145
azelastine hcl . . . 160,164
azithromycin . . . 41
aztreonam . . . 37
azurette . . . 131

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 114
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 159
BACITRACIN 161
BACITRACIN-POLYMYXIN B 159
baclofen 86
balsalazide disodium 150
BALVERSA 64
balziva 131
BAQSIMI ONE PACK 96
BAQSIMI TWO PACK 96
BARACLUDE 87
BCG VACCINE 147
BD INSULIN SYRINGE 152
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 152
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 152
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 153
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 153
benazepril hcl 102
benazepril-hydrochlorothiazide 107
BENLYSTA 142
BENZNIDAZOLE 78
benzoyl peroxide-erythromycin 116
benztropine mesylate 79
BESIVANCE 42
BESREMI 144
BESREMI PEN 61
betaine 126
betamethasone dipropionate 117
betamethasone dipropionate aug 117
betamethasone valerate 117
BETASERON 115
betaxolol hcl 104,162
bethanechol chloride 128
bexarotene 77
BEXSERO 147
bicalutamide 59
BICILLIN L-A 40
BIKTARVY 87
BILDYOS 150
BILPREVDA 150
bimatoprost 162
bis subcit-metronid-tetracyc 125
bismuth/metronidaz/tetracyclin 125
bisoprolol fumarate 104
bisoprolol-hydrochlorothiazide 107
BIXLENVO 87
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . 89
blisovi fe 1.5/30 131
blisovi fe 1/20 131
BOOSTRIX 147
bosentan 167
BOSULIF 64
bosutinib 64
BRAFTOVI 64
BREO ELLIPTA 168
breyna 168
BREZTRI AEROSPHERE 168
briellyn 131
brimonidine tartrate 162
brimonidine tartrate-timolol 159
brinzolamide 162
brivaracetam 43,44
bromocriptine mesylate 79
BRUKINSA 64,65
budesonide 150,164
budesonide er 150
budesonide-formoterol fumarate 168
bumetanide 109
buprenorphine 32
buprenorphine hcl 35
buprenorphine hcl-naloxone hcl 35
bupropion hcl 50
bupropion hcl er (smoking det) 36
bupropion hcl er (sr) 50

bupropion hcl er (xl) 50
buspirone hcl 92
butalbital-apap-caffeine 114
butalbital-aspirin-caffeine 31
butorphanol tartrate 33
BYSANTI 81
BYSANTI TITRATION PACK A 82
BYSANTI TITRATION PACK B 82
BYSANTI TITRATION PACK C 82

C

CABENUVA 89,90
cabergoline 140
CABOMETYX 65
calcipotriene 119
calcitonin (salmon) 150
calcitrene 119
calcitriol 151
CALCITRIOL 151
calcium acetate (phos binder) 123
CALQUENCE 65
camila 138
camrese 131
camrese lo 131
candesartan cilexetil 102
candesartan cilexetil-hctz 107
CAPLYTA 82
CAPRELSA 65
captopril 103
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . 107
carbamazepine 47
carbamazepine er 47
carbidopa 80
carbidopa-levodopa 80
carbidopa-levodopa er 80
carbidopa-levodopa-entacapone 79
CARETOUCH ALCOHOL PREP 153
carglumic acid 126
carisoprodol 169
CARTEOLOL HCL 162
cartia xt 105
carvedilol 104
CAVHANZA 65
CAYSTON 37
CEFACLOR 38
cefadroxil 38,39
cefazolin sodium 39
cefdinir 39
cefepime hcl 39
cefixime 39
cefoxitin sodium 39
CEFPODOXIME PROXETIL 39
cefprozil 39
ceftaroline fosamil 39
CEFTAZIDIME 39
ceftriaxone sodium 39
cefuroxime axetil 39
cefuroxime sodium 39
celecoxib 31
cephalexin 39
cetirizine hcl 164
cevimeline hcl 116
chateal eq 132
chlorhexidine gluconate 116
chloroquine phosphate 78
chlorpromazine hcl 80
chlorthalidone 110
cholestyramine 111
cholestyramine light 111
ciclodan 120
ciclopirox 120
ciclopirox olamine 120
cilostazol 101
CILOXAN 42
CIMDUO 89
cimetidine 125
cinacalcet hcl 151
ciprofloxacin hcl 42
ciprofloxacin in d5w 42
ciprofloxacin-dexamethasone 163

citalopram hydrobromide....51
claravis....116
CLARITHROMYCIN....41
clarithromycin....41
clarithromycin er....42
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS....153
clindamycin hcl....37
clindamycin palmitate hcl....37
clindamycin phos (once-daily)....120
clindamycin phos (twice-daily)....120
clindamycin phos-benzoyl perox....116
clindamycin phosphate....37,120
clindamycin phosphate in d5w....37
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL....37
clobazam....46
clobetasol prop emollient base....117
clobetasol propionate....117
clomipramine hcl....53
clonazepam....93
clonidine....101
clonidine hcl....101
clopidogrel bisulfate....101
clorazepate dipotassium....93
clotrimazole....55
clotrimazole-betamethasone....119
clozapine....86
COARTEM....78
COBENFY....85
COBENFY STARTER PACK....85
CODEINE SULFATE....33
codeine sulfate....33
colchicine....57
colchicine-probenecid....57
colesevelam hcl....111
colestipol hcl....111
colistimethate sodium (cba)....37
COMBIVENT RESPIMAT....168
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....65
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....65
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....65
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE....153
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES....153
compro....54
constulose....123
COPIKTRA....65
CORLANOR....107
CORTIFOAM....150
CORTISONE ACETATE....128
CORTISPORIN-TC....163
COSENTYX....142
COSENTYX (300 MG DOSE)....142
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)....142
COSENTYX SENSOREADY PEN....142
COSENTYX UNOREADY....142
COTELLIC....65
CREON....126
CRESEMBA....55
cromolyn sodium....125,160,166
cryselle....132
cryselle-28....132
CVS ALCOHOL PREP PADS....153
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE....153
cvs isopropyl alcohol wipes....119
cyclobenzaprine hcl....169
CYCLOPHOSPHAMIDE....59
cyclosporine....145
cyclosporine modified....145
cyproheptadine hcl....164
cyred....132
cyred eq....132

D

dabigatran etexilate mesylate....98
dalfampridine er....115
danazol....130
dantrolene sodium....86
dapaglifloz base-metformin er....94
dapagliflozin....112
dapsone....58
DAPTACEL....147

daptomycin . . . 37
darunavir . . . 90
dasatinib . . . 65,66
dasetta 1/35 . . . 132
dasetta 7/7/7 . . . 132
DAURISMO . . . 66
daysee . . . 132
deblitane . . . 138
deferasirox . . . 122
DELSTRIGO . . . 88
delyla . . . 132
DENGVAXIA . . . 147
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 138
depo-testosterone . . . 130
DERMOTIC . . . 163
DESCOVY . . . 89
desipramine hcl . . . 53
desmopressin ace spray refrig . . . 130
desmopressin acetate . . . 130
desmopressin acetate pf . . . 130
desmopressin acetate spray . . . 130
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 132
desonide . . . 117
desoximetasone . . . 117
desvenlafaxine succinate er . . . 51,52
dexamethasone . . . 129
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 129
dexamethasone sod phosphate pf . . . 129
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 129,161
dexmethylphenidate hcl . . . 113
dextroamphetamine sulfate . . . 113
dextrose . . . 121
dextrose in lactated ringers . . . 121
DEXTROSE-NACL . . . 121
dextrose-sodium chloride . . . 121
DIACOMIT . . . 44
diazepam . . . 46,93
diazepam intensol . . . 93
diazoxide . . . 96
diclofenac potassium . . . 31
diclofenac sodium . . . 31,161
diclofenac sodium er . . . 31
dicloxacillin sodium . . . 40
dicyclomine hcl . . . 124
DIFICID . . . 42
diflunisal . . . 31
difluprednate . . . 161
digox . . . 103
digoxin . . . 103
dihydroergotamine mesylate . . . 57
DILANTIN . . . 47
dilt-xr . . . 105
diltiazem hcl . . . 105
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule . . . 105
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule . . . 105
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule . . . 105
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule . . . 106
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule . . . 106
diltiazem hcl er . . . 106
diltiazem hcl er beads . . . 106
dimethyl fumarate . . . 115
dimethyl fumarate starter pack . . . 115
diphenoxylate-atropine . . . 124
DIPHENOXYLATE-ATROPINE . . . 124
dipyridamole . . . 101
disulfiram . . . 35
divalproex sodium . . . 44
divalproex sodium er . . . 44
dofetilide . . . 103
donepezil hcl . . . 49
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg . . . 49
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg . . . 49

dorzolamide hcl . . . 162
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 159
dorzolamide hcl-timolol mal pf . . . 160
dotti . . . 132
DOVATO . . . 87
doxazosin mesylate . . . 102
doxepin hcl . . . 53
doxercalciferol . . . 151
doxy 100 . . . 43
doxycycline hyclate . . . 43
doxycycline monohydrate . . . 43
DRIZALMA SPRINKLE . . . 114,115
dronabinol . . . 54
DROPLET INSULIN SYRINGE . . . 153
DROPLET MICRON . . . 153
DROPLET PEN NEEDLES . . . 153
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO . . . 154
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . . 154
drospirenone-ethinyl estradiol . . . 132
DROXIA . . . 126
droxidopa . . . 102
duloxetine hcl . . . 115
DUPIXENT . . . 143
dutasteride . . . 128
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 128

E

e.e.s. 400 . . . 42
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 154
EASY COMFORT PEN NEEDLES . . . 154
EASY TOUCH INSULIN BARRELS . . . 154
ec-naproxen . . . 31
econazole nitrate . . . 55
EDURANT PED . . . 88
efavirenz . . . 88
efavirenz-emtricitab-tenofo df . . . 88
efavirenz-lamivudine-tenofovir . . . 88
ELAPRASE . . . 126
elinest . . . 132
ELIQUIS . . . 98
ELIQUIS (1.5 MG PACK) . . . 98
ELIQUIS (2 MG PACK) . . . 98
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK . . . 98
eltrombopag olamine . . . 100
eluryng . . . 132
EMBECTA AUTOSHIELD DUO . . . 154
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT . . . 154
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE . . . 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE . . . 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 . . . 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 . . . 154
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F . . . 155
EMBECTA PEN NEEDLE NANO . . . 155
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 155
EMBECTA PEN NEEDLE U/F . . . 155
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE . . . 155
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 155
EMGALITY . . . 57
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 57
EMSAM . . . 51
emtricitab-rilpivir-tenofov df . . . 88
emtricitabine . . . 89
emtricitabine-tenofovir df . . . 89
EMTRIVA . . . 89
emzahh . . . 138
enalapril maleate . . . 103
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 107
ENBREL . . . 145
ENBREL MINI . . . 145
ENBREL SURECLICK . . . 145
endocet . . . 33
ENGERIX-B . . . 147
enilloring . . . 132
ENOBY . . . 151
enoxaparin sodium . . . 99
enpresse-28 . . . 132
ENSACOVE . . . 63
enskyce . . . 132
entacapone . . . 79
entecavir . . . 87

ENTYVIO PEN 143
enulose 123
ENVARSUS XR 145
EPIDIOLEX 44
epinephrine 165
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 166
epitol 47
eplerenone 109
ERGOLOID MESYLATES 49
ERGOTAMINE-CAFFEINE 57
ERIVEDGE 66
ERLEADA 60
erlotinib hcl 66
errin 138
ertapenem sodium 41
ERY 120
erythrocin lactobionate 42
erythromycin 120,161
erythromycin base 42
erythromycin ethylsuccinate 42
erythromycin lactobionate 42
ERZOFRI 82
escitalopram oxalate 52
eslicarbazepine acetate 47,48
esomeprazole magnesium 125,126
estarylla 132
estradiol 132,133
estradiol valerate 133
ESTRING 133
estrogens conjugated 133
eszopiclone 170
ethambutol hcl 58
ethosuximide 45
ethynodiol diac-eth estradiol 133
etodolac 31
etodolac er 31
etonogestrel-ethinyl estradiol 133
etravirine 88
EUCRISA 117
EULEXIN 60
euthyrox 139
everolimus 66,145
EVOTAZ 90
exemestane 63
EXXUA 50
EXXUA TITRATION PACK 51
ezetimibe 111
ezetimibe-simvastatin 111

F

falmina 133
famciclovir 92
famotidine 125
FANAPT 82
FANAPT TITRATION PACK A 82
FANAPT TITRATION PACK B 83
FANAPT TITRATION PACK C 83
FARXIGA 112
febuxostat 57
feirza 1.5/30 133
feirza 1/20 133
felbamate 44
felodipine er 105
fenofibrate 110
fenofibrate micronized 110
fenofibric acid 110
fentanyl 32
FETZIMA 52
FETZIMA TITRATION 52
fidaxomicin 42
FILSPARI 128
finasteride 128
fingolimod hcl 115
FINTEPLA 44
flecainide acetate 103
fluconazole 56
fluconazole in sodium chloride 56
flucytosine 56
fludrocortisone acetate 129

flunisolide . . . 168
fluocinolone acetonide . . . 118
fluocinolone acetonide body . . . 118
fluocinolone acetonide scalp . . . 118
fluocinonide . . . 118
fluocinonide emulsified base . . . 118
fluorometholone . . . 161
fluorouracil . . . 119
fluoxetine hcl . . . 52
FLUOXETINE HCL . . . 52
fluphenazine decanoate . . . 80
fluphenazine hcl . . . 80
FLURBIPROFEN . . . 31
FLURBIPROFEN SODIUM . . . 161
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . 168
fluticasone propionate . . . 118,168
fluticasone-salmeterol . . . 168
FLUTICASONE-SALMETEROL . . . 169
fluvastatin sodium . . . 110
fluvastatin sodium er . . . 110
fluvoxamine maleate . . . 52
FML FORTE . . . 161
fondaparinux sodium . . . 99
fosamprenavir calcium . . . 90
fosfomycin tromethamine . . . 37
fosinopril sodium . . . 103
fosinopril sodium-hctz . . . 108
FOTIVDA . . . 66
FRUZAQLA . . . 62
FULPHILA . . . 100
fulvestrant . . . 61
FUROSEMIDE . . . 109
furosemide . . . 109
fyavolv . . . 133

G

gabapentin . . . 46
galantamine hydrobromide . . . 49
galantamine hydrobromide er . . . 49
gallifrey . . . 138
GAMUNEX-C . . . 142
GARDASIL 9 . . . 147
gauze pads 2 . . . 155
GAVILYTE-C . . . 125
gavilyte-g . . . 125
gavilyte-n with flavor pack . . . 124
GAVRETO . . . 66
gefitinib . . . 66
gemfibrozil . . . 110
GEMTESA . . . 127
generlac . . . 124
gengraf . . . 145
gentamicin sulfate . . . 36,161
GENVOYA . . . 87
GILOTRIF . . . 66
glatiramer acetate . . . 115
glatopa . . . 115
glimepiride . . . 94
glipizide . . . 94
glipizide er . . . 94
glipizide xl . . . 94
glipizide-metformin hcl . . . 94
glucagon emergency . . . 96
glyburide . . . 94
GLYBURIDE MICRONIZED . . . 94
glyburide-metformin . . . 94
glycopyrrolate . . . 124
GLYXAMBI . . . 95
GNP PEN NEEDLES . . . 155
GOMEKLI . . . 66,67
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 155
granisetron hcl . . . 54
griseofulvin microsize . . . 56
griseofulvin ultramicrosize . . . 56
guanfacine hcl . . . 102
guanfacine hcl er . . . 113

H

HADLIMA . . . 145
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 145,146

HAEGARDA 142
hailey 1.5/30 133
hailey fe 1.5/30 133
hailey fe 1/20 133
halobetasol propionate 118
haloette 133
haloperidol 80
haloperidol decanoate 81
haloperidol lactate 81
HAVRIX 147,148
heather 138
heparin sodium (porcine) 99
heparin sodium (porcine) pf 99
HEPLISAV-B 148
HERNEXEOS 67
HIBERIX 148
HIZENTRA 142
HUMALOG 97
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 97
HUMALOG KWIKPEN 97
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 97
HUMALOG MIX 75/25 97
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 97
HUMULIN 70/30 97
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 97
HUMULIN N 97
HUMULIN N KWIKPEN 97
HUMULIN R 97
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . . 97
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 97
hydralazine hcl 112
hydrochlorothiazide 110
hydrocodone-acetaminophen 33
hydrocortisone 118,150
hydrocortisone (perianal) 118
hydrocortisone butyrate 118
hydrocortisone-acetic acid 163
hydromorphone hcl 33,34
hydroxychloroquine sulfate 78
hydroxyurea 62
hydroxyzine hcl 164
hydroxyzine pamoate 164
HYRNUO 67

I

ibandronate sodium 151
IBRANCE 67
IBTROZI 67
ibu 31
ibuprofen 31
icatibant acetate 142
iclevia 133
ICLUSIG 67
icosapent ethyl 111
IDHIFA 67
IDVYNSO 90
ILEVRO 161
imatinib mesylate 67
IMBRUVICA 67,68
imipenem-cilastatin 41
imipramine hcl 53
imiquimod 119
IMKELDI 68
IMOVAX RABIES 148
IMPAVIDO 78
incassia 138
INCRELEX 130
INCRUSE ELLIPTA 165
indapamide 110
indomethacin 31
INFANRIX 148
INLURIYO 61
INLYTA 68
INQOVI 62
INREBIC 68
INSULIN LISPRO 97
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 97
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 97
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 98
INSULIN PEN NEEDLES 155

INSULIN PEN NEEDLES 155
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 155
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 155
INSULIN SYRINGE 1 ML 155
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 156
INSUPEN PEN NEEDLES 156
INSUPEN32G EXTR3ME 156
INTELENCE 88
INTRALIPID 156
introvale 133
INVEGA HAFYERA 83
INVEGA SUSTENNA 83
INVEGA TRINZA 83
IPOL 148
ipratropium bromide 165
ipratropium bromide hfa 165
ipratropium-albuterol 169
irbesartan 102
irbesartan-hydrochlorothiazide 108
ISENTRESS 87
ISENTRESS HD 87
isibloom 133
isoniazid 58
isopropyl alcohol 119
isopropyl alcohol wipes 119
isosorbide dinitrate 112
isosorbide mononitrate 112
isosorbide mononitrate er 112
isotretinoin 116
isradipine 105
ITOVEBI 68
itraconazole 56
ivabradine hcl 108
ivermectin 78
IWILFIN 62
IXIARO 148

J

jaimiess 133
JAKAFI 68
JAKAFI XR 68
jantoven 99
JARDIANCE 112
jasmiel 133
JAYPIRCA 68
jencycla 138
JENTADUETO 95
JENTADUETO XR 95
JIDEYTRO 68
jinteli 133
jolessa 133
joyeaux 134
JUBBONTI 151
juleber 134
JULUCA 87
junel 1.5/30 134
junel 1/20 134
junel fe 1.5/30 134
junel fe 1/20 134
JYNNEOS 148

K

KALETRA 90
kalliga 134
KALYDECO 166
kariva 134
kcl in dextrose-nacl 121
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 121
kelnor 1/35 134
kelnor 1/50 134
KERENDIA 95
ketoconazole 56
ketorolac tromethamine 161
KINERET 143
KINRIX 148
kionex 123
KISQALI (200 MG DOSE) 69
KISQALI (400 MG DOSE) 69
KISQALI (600 MG DOSE) 69
klayesta 56

klor-con . . . 121
klor-con 10 . . . 121
klor-con m10 . . . 121
klor-con m15 . . . 121
klor-con m20 . . . 121
KLOXXADO . . . 35
KOMZIFTI . . . 69
KOSELUGO . . . 69
kourzeq . . . 116
KRAZATI . . . 69
kurvelo . . . 134

L

l-glutamine . . . 127
labetalol hcl . . . 104
lacosamide . . . 48
lactated ringers . . . 121,156
lactulose . . . 124
lactulose encephalopathy . . . 124
LAGEVRIO . . . 92
lamivudine . . . 87,89
lamivudine-zidovudine . . . 89
lamotrigine . . . 44
lansoprazole . . . 126
LANTUS . . . 98
LANTUS SOLOSTAR . . . 98
lapatinib ditosylate . . . 69
larin 1.5/30 . . . 134
larin 1/20 . . . 134
larin fe 1.5/30 . . . 134
larin fe 1/20 . . . 134
latanoprost . . . 162
LAZCLUZE . . . 63
LEDERLE LEUCOVORIN . . . 62
leena . . . 134
leflunomide . . . 146
lenalidomide . . . 60
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 69
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 69
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 69
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 70
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 70
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 70
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 70
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 70
LEQEMBI IQLIK . . . 49
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) . . . 49
lessina . . . 134
letrozole . . . 63
leucovorin calcium . . . 62
LEUKERAN . . . 59
LEUKINE . . . 100
leuprolide acetate . . . 140
levalbuterol hcl . . . 166
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 166
levetiracetam . . . 44
levetiracetam er . . . 44
levo-t . . . 139
LEVOBUNOLOL HCL . . . 162
levocarnitine . . . 127
levocetirizine dihydrochloride . . . 164
levofloxacin . . . 42
LEVOFLOXACIN . . . 161
levofloxacin in d5w . . . 42
levonest . . . 134
levonorg-eth estrad triphasic . . . 134
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 134
levonorgest-eth estradiol-iron . . . 134
levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 134
levora 0.15/30 (28) . . . 135
levothyroxine sodium . . . 140
levoxyl . . . 140
lidocaine . . . 35
lidocaine hcl . . . 35
lidocaine viscous hcl . . . 35
lidocaine-prilocaine . . . 35
lidocan . . . 35
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 70
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 70
LILETTA (52 MG) . . . 138

lincomycin hcl . . . 37
linezolid . . . 37
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 38
LINZESS . . . 124
liothyronine sodium . . . 140
lisinopril . . . 103
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 108
lithium . . . 93
lithium carbonate . . . 94
lithium carbonate er . . . 94
LIVTENCITY . . . 86
lo-zumandimine . . . 135
loestrin 1.5/30 (21) . . . 135
loestrin 1/20 (21) . . . 135
loestrin fe 1.5/30 . . . 135
loestrin fe 1/20 . . . 135
lojaimiess . . . 135
LOKELMA . . . 123
lomustine . . . 59
LONSURF . . . 62
loperamide hcl . . . 124
lopinavir-ritonavir . . . 90
lorazepam . . . 93
lorazepam intensol . . . 93
LORBRENA . . . 70
loryna . . . 135
losartan potassium . . . 102
losartan potassium-hctz . . . 108
loteprednol-tobramycin . . . 160
lovastatin . . . 110
low-ogestrel . . . 135
loxapine succinate . . . 81
lubiprostone . . . 124
luizza 1.5/30 . . . 135
luizza 1/20 . . . 135
LUMAKRAS . . . 70
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 140
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 140
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 141
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 141
lurasidone hcl . . . 84
lutera . . . 135
LYBALVI . . . 51
lyleq . . . 138
lyllana . . . 135
LYNPARZA . . . 70
LYSODREN . . . 62
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 71
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 71
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 71
lyza . . . 138

M

M-M-R II . . . 148
macitentan . . . 167
magnesium sulfate . . . 121
malathion . . . 120
maraviroc . . . 90
marlissa . . . 135
MARPLAN . . . 51
MATULANE . . . 59
matzim la . . . 106
MAVYRET . . . 87
meclizine hcl . . . 54
medpura alcohol pads . . . 119
medroxyprogesterone acetate . . . 138
mefloquine hcl . . . 78
megestrol acetate . . . 139
MEKINIST . . . 71
MEKTOVI . . . 71
meleya . . . 139
meloxicam . . . 32
memantine hcl . . . 50
memantine hcl er . . . 50
MENEST . . . 135
MENQUADFI . . . 148
MENVEO . . . 148
mercaptopurine . . . 61
meropenem . . . 41
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE . . . 41

mesalamine . . . 150
mesalamine er . . . 150
mesna . . . 77
metformin hcl . . . 95
metformin hcl er . . . 95
methadone hcl . . . 32
methazolamide . . . 162
methenamine hippurate . . . 38
methergine . . . 156
methimazole . . . 141
methocarbamol . . . 169
METHOTREXATE SODIUM . . . 146
methotrexate sodium . . . 146
methotrexate sodium (pf) . . . 146
METHOXSALEN RAPID . . . 119
methscopolamine bromide . . . 124
methsuximide . . . 45
METHYLDOPA . . . 102
methylergonovine maleate . . . 156
methylphenidate hcl . . . 113,114
methylphenidate hcl er . . . 114
methylprednisolone . . . 129
methylprednisolone acetate . . . 129
methylprednisolone sodium succ . . . 129
metoclopramide hcl . . . 54
metolazone . . . 110
metoprolol succinate er . . . 104
metoprolol tartrate . . . 104
metoprolol-hydrochlorothiazide . . . 108
metronidazole . . . 38
metyrosine . . . 108
mexiletine hcl . . . 103
micafungin sodium . . . 56
MICONAZOLE 3 . . . 56
microgestin 1.5/30 . . . 135
microgestin 1/20 . . . 135
microgestin fe 1.5/30 . . . 135
microgestin fe 1/20 . . . 135
midodrine hcl . . . 102
mifepristone . . . 141
mili . . . 135
minocycline hcl . . . 43
minoxidil . . . 112
minzoya . . . 135
mirtazapine . . . 51
misoprostol . . . 125
modafinil . . . 170
MODEYSO . . . 62
moexipril hcl . . . 103
MOLINDONE HCL . . . 81
mometasone furoate . . . 118
mondoxyne nl . . . 43
mono-linyah . . . 135
montelukast sodium . . . 164
morphine sulfate . . . 34
morphine sulfate (concentrate) . . . 34
morphine sulfate er . . . 32,33
MOUNJARO . . . 95
MOVANTIK . . . 124
moxifloxacin hcl . . . 42,161
MOXIFLOXACIN HCL . . . 42
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 161
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 42
MRESVIA . . . 148
MULTAQ . . . 103
mupirocin . . . 120
mycophenolate mofetil . . . 146
mycophenolate mofetil hcl . . . 146
mycophenolate sodium . . . 146
mycophenolic acid . . . 146
MYRBETRIQ . . . 127

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 124
nabumetone . . . 32
nadolol . . . 104
nafcillin sodium . . . 40
NAGLAZYME . . . 127
naloxone hcl . . . 36
naltrexone hcl . . . 36

naproxen . . . 32
naproxen dr . . . 32
naproxen sodium . . . 32
naratriptan hcl . . . 57
NATACYN . . . 161
nateglinide . . . 95
NAYZILAM . . . 35
nebivolol hcl . . . 104
necon 0.5/35 (28) . . . 136
NEFAZODONE HCL . . . 52
neo-polycin . . . 160
neo-polycin hc . . . 160
neomycin sulfate . . . 36
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 160
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 160
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . . 160
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 160
neomycin-polymyxin-hc . . . 163
NERLYNX . . . 71
nevirapine . . . 88
NEVIRAPINE . . . 88
nevirapine er . . . 88
NEXPLANON . . . 139
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 111
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 111
NIACOR . . . 111
nicardipine hcl . . . 105
NICOTROL NS . . . 36
nifedipine er . . . 105
nifedipine er osmotic release . . . 105
nikki . . . 136
nilotinib hcl . . . 71
nilutamide . . . 60
nimodipine . . . 105
NINLARO . . . 71
nintedanib esylate . . . 167
nitazoxanide . . . 78
nitisinone . . . 127
nitro-bid . . . 112
nitrofurantoin macrocrystal . . . 38
nitrofurantoin monohyd macro . . . 38
nitroglycerin . . . 112
NIVESTYM . . . 100
NIZATIDINE . . . 125
nora-be . . . 139
norelgestromin-eth estradiol . . . 136
norethin ace-eth estrad-fe . . . 136
norethin-eth estradiol-fe . . . 136
norethindrone . . . 139
norethindrone acet-ethinyl est . . . 136
norethindrone acetate . . . 139
norethindrone-eth estradiol . . . 136
norgestim-eth estrad triphasic . . . 136
norgestimate-eth estradiol . . . 136
norlyroc . . . 139
nortrel 0.5/35 (28) . . . 136
nortrel 1/35 (21) . . . 136
nortrel 1/35 (28) . . . 136
nortrel 7/7/7 . . . 136
nortriptyline hcl . . . 53
NORVIR . . . 91
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 156
NOVOLIN R FLEXPEN . . . 98
NOVOLIN R FLEXPEN RELION . . . 98
NUBEQA . . . 60
NUCALA . . . 169
NUPLAZID . . . 84
NURTEC . . . 57
NUTRILIPID . . . 156
nyamyc . . . 56
nylia 1/35 . . . 136
nylia 7/7/7 . . . 136
nystatin . . . 56
nystatin-triamcinolone . . . 119
nystop . . . 56

O

ocella . . . 136
octreotide acetate . . . 141
OCTREOTIDE ACETATE . . . 141

ODEFSEY 88
ODOMZO 71
OFEV 167
ofloxacin 161,163
OGSIVEO 71
OJEMDA 72
OJJAARA 62
olanzapine 84
olmesartan medoxomil 102
olmesartan medoxomil-hctz 108
olmesartan-amlodipine-hctz 108
omega-3-acid ethyl esters 111
omeprazole 126
OMNITROPE 125,130
ondansetron 55
ONDANSETRON HCL 55
ondansetron hcl 55
ONUREG 61
OPIPZA 84
OPVEE 156
oralone 116
ORGOVYX 141
orquidea 139
ORSERDU 60
oseltamivir phosphate 91
OSPHENA 139
OTEZLA 119,143
OTEZLA XR 119
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 143
oxaprozin 32
oxcarbazepine 48
oxybutynin chloride 127
oxybutynin chloride er 127
oxycodone hcl 34
oxycodone-acetaminophen 34
OZEMPIC 95
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 95
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 95
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 95

P

pacerone 103,104
paliperidone er 84
PANRETIN 77
pantoprazole sodium 126
paricalcitol 151
paroxetine hcl 52
PAROXETINE HCL 52
paroxetine hcl er 52
PAXLOVID (150/100) 92
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 92
PAXLOVID (300/100) 92
pazopanib hcl 72
PAZOPANIB HCL 72
PEDIARIX 148
PEDVAXHIB 148
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 124
peg-3350/electrolytes 125
PEGASYS 144,145
PEMAZYRE 72
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 156
PEN NEEDLES 156
PENBRAYA 156
penicillamine 128
penicillin g potassium 41
PENICILLIN G SODIUM 41
penicillin v potassium 41
PENMENVY 148
PENTACEL 148
pentamidine isethionate 78
pentoxifylline er 108
perampanel 44
PERINDOPRIL ERBUMINE 103
periogard 116
permethrin 120
perphenazine 54
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 51
PERSERIS 84
pfizerpen 41

PHENELZINE SULFATE . . . 51
phenobarbital . . . 46
phenytek . . . 48
phenytoin . . . 48
phenytoin infatabs . . . 48
phenytoin sodium extended . . . 48
philith . . . 136
PIFELTRO . . . 88
pilocarpine hcl . . . 116,162
pimozide . . . 81
pimtrea . . . 136
pindolol . . . 104
pioglitazone hcl . . . 95
pioglitazone hcl-glimepiride . . . 95
pioglitazone hcl-metformin hcl . . . 95
piperacillin sod-tazobactam so . . . 41
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) . . . 72
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 72
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 72
pirfenidone . . . 167,168
PIRFENIDONE . . . 168
piroxicam . . . 32
PNV 27-CA/FE/FA . . . 121
podofilox . . . 119
polycin . . . 160
polymyxin b-trimethoprim . . . 161
pomalidomide . . . 60
POMALYST . . . 60
portia-28 . . . 136
posaconazole . . . 56
potassium chloride . . . 121
potassium chloride crys er . . . 122
potassium chloride er . . . 122
potassium chloride in dextrose . . . 122
potassium chloride in nacl . . . 122
potassium citrate er . . . 122
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% . . . 122
pramipexole dihydrochloride . . . 79
prasugrel hcl . . . 101
pravastatin sodium . . . 110
praziquantel . . . 78
prazosin hcl . . . 102
prednisolone . . . 129
prednisolone acetate . . . 162
prednisolone sodium phosphate . . . 129
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 162
prednisone . . . 129
PREDNISONE . . . 129
PREDNISONE INTENSOL . . . 129
pregabalin . . . 115
PREMARIN . . . 136
PREMASOL . . . 122
PREMIUM LIDOCAINE . . . 35
prenatal vitamins . . . 122
PRETOMANID . . . 59
prevalite . . . 111
PREVYMIS . . . 86
PREZCOBIX . . . 91
PREZCOBIX PED . . . 91
PREZISTA . . . 91
primaquine phosphate . . . 78
primidone . . . 46
PRIORIX . . . 148
PRO COMFORT ALCOHOL . . . 156
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 156
probenecid . . . 57
prochlorperazine . . . 54
prochlorperazine maleate . . . 54
procto-med hc . . . 118
proctosol hc . . . 118
proctozone-hc . . . 118
progesterone . . . 139
PROGRAF . . . 146
promethazine hcl . . . 54,164
propafenone hcl . . . 104
propranolol hcl . . . 104
PROPRANOLOL HCL . . . 105
propranolol hcl er . . . 105
propylthiouracil . . . 141
PROQUAD . . . 148

protriptyline hcl . . . 53
PULMOZYME . . . 166
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 156
pyrazinamide . . . 59
pyridostigmine bromide . . . 58
pyridostigmine bromide er . . . 58
pyrimethamine . . . 79

Q

qc alcohol . . . 119
QINLOCK . . . 62
QUADRACEL . . . 148
quetiapine fumarate . . . 84
quetiapine fumarate er . . . 84
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . . 157
quinapril hcl . . . 103
quinapril-hydrochlorothiazide . . . 108
QUINIDINE SULFATE . . . 104
quinine sulfate . . . 79
QVAR REDIHALER . . . 164

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 120
RABAVERT . . . 148
rabeprazole sodium . . . 126
RALDESY . . . 52
raloxifene hcl . . . 139
raltegravir potassium . . . 88
ramelteon . . . 170
ramipril . . . 103
ranolazine er . . . 108
rasagiline mesylate . . . 80
reclipsen . . . 137
RECOMBIVAX HB . . . 148
RELENZA DISKHALER . . . 91
repaglinide . . . 95
REPATHA . . . 111
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 111
REPATHA SURECLICK . . . 111
RESTASIS . . . 160
RETACRIT . . . 101
RETEVMO . . . 72
REVCOVI . . . 127
REVUFORJ . . . 72
REXULTI . . . 84
REYATAZ . . . 91
REZDIFFRA . . . 140
REZLIDHIA . . . 73
RHOPRESSA . . . 162
RIBAVIRIN . . . 87
ribavirin . . . 87
RIDAURA . . . 143
rifabutin . . . 58
rifampin . . . 59
rifapentine . . . 59
rilpivirine hcl . . . 88
riluzole . . . 114
RIMANTADINE HCL . . . 91
ringers . . . 122
ringers irrigation . . . 157
RINVOQ . . . 143
RINVOQ LQ . . . 143
riociguat . . . 167
risedronate sodium . . . 151
risperidone . . . 85
risperidone microspheres er . . . 85
ritonavir . . . 91
rivaroxaban . . . 99
rivastigmine . . . 49
rivastigmine tartrate . . . 49
rizatriptan benzoate . . . 57
ROCKLATAN . . . 160
roflumilast . . . 166
ROMVIMZA . . . 73
ropinirole hcl . . . 79
ropinirole hcl er . . . 79,80
rosuvastatin calcium . . . 110
ROTARIX . . . 149
ROTATEQ . . . 149
roweepra . . . 44

ROZLYTREK . . . 73
RUBRACA . . . 73
rufinamide . . . 48
RUKOBIA . . . 90
RYBELSUS . . . 96
RYDAPT . . . 73

S

sacubitril-valsartan . . . 108
sajazir . . . 142
SANTYL . . . 120
sapropterin dihydrochloride . . . 127
SCEMBLIX . . . 73
scopolamine . . . 54
SECUADO . . . 85
SECURESAFE INSULIN SYRINGE . . . 157
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . . . 157
selegiline hcl . . . 80
selenium sulfide . . . 118
SELZENTRY . . . 90
SEREVENT DISKUS . . . 166
sertraline hcl . . . 52
setlakin . . . 137
sevelamer carbonate . . . 123
sharobel . . . 139
SHINGRIX . . . 149
SIGNIFOR . . . 141
sildenafil citrate . . . 167
SILIGENTLE FOAM DRESSING . . . 157
silodosin . . . 128
silver sulfadiazine . . . 120
SIMBRINZA . . . 162
SIMLANDI (1 PEN) . . . 146
SIMLANDI (1 SYRINGE) . . . 146
SIMLANDI (2 PEN) . . . 146
SIMLANDI (2 SYRINGE) . . . 146
simliya . . . 137
simpesse . . . 137
simvastatin . . . 110
sirolimus . . . 147
SIRTURO . . . 59
sitaglip phos-metformin hcl er . . . 96
sitagliptin phos-metformin hcl . . . 96
sitagliptin phosphate . . . 96
SKYRIZI . . . 143
SKYRIZI PEN . . . 143
SMOFLIPID . . . 157
sodium chloride . . . 122
sodium chloride (pf) . . . 122
SODIUM FLUORIDE . . . 122
sodium oxybate . . . 170
sodium phenylbutyrate . . . 127
sodium polystyrene sulfonate . . . 123
solifenacin succinate . . . 128
SOLTAMOX . . . 61
SOMAVERT . . . 141
sorafenib tosylate . . . 73
sotalol hcl . . . 104
sotalol hcl (af) . . . 104
SPIRIVA RESPIMAT . . . 165
spironolactone . . . 109
spironolactone-hctz . . . 108
sprintec 28 . . . 137
SPRITAM . . . 45
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) . . . 123
sronyx . . . 137
ssd . . . 120
sterile water for irrigation . . . 157
STIOLTO RESPIMAT . . . 169
STIVARGA . . . 73
STREPTOMYCIN SULFATE . . . 36
STRIBILD . . . 88
subvenite . . . 45
SUBVENITE . . . 45
sucralfate . . . 125
SULFACETAMIDE SODIUM . . . 161
sulfacetamide sodium . . . 161
sulfacetamide sodium (acne) . . . 116
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE . . . 160
sulfadiazine . . . 43

sulfamethoxazole-trimethoprim 43
sulfasalazine 150
sulfatrim pediatric 43
sulindac 32
sumatriptan 58
sumatriptan succinate 58
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL 58
sunitinib malate 73,74
SUNLENCA 90
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE 157
SUPER TOUCH PEN NEEDLES 157
SURE COMFORT PEN NEEDLES 157
syeda 137
SYMPAZAN 46
SYMTUZA 91
SYNAREL 141
SYNJARDY 96
SYNJARDY XR 96
SYNTHROID 140

T

TABLOID 61
TABRECTA 74
tacrolimus 118,147
tadalafil 128
tadalafil (pah) 167
TAFINLAR 74
TAGRISSO 74
TALZENNA 74
tamoxifen citrate 61
tamsulosin hcl 128
tarina fe 1/20 137
tarina fe 1/20 eq 137
TARPEYO 129
tasimelteon 170
tazarotene 117
TAZICEF 40
TAZVERIK 74
TDVAX 149
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 157
telmisartan 102
telmisartan-amlodipine 108
telmisartan-hctz 108
temazepam 170
TENIVAC 149
tenofovir disoproxil fumarate 89
TEPMETKO 74
terazosin hcl 102
terbinafine hcl 56
terconazole 56
teriflunomide 115
teriparatide 151
testosterone 130
testosterone cypionate 130
TESTOSTERONE ENANTHATE 131
tetrabenazine 114
tetracycline hcl 43
THALOMID 60,61
theophylline er 166
thioridazine hcl 81
thiothixene 81
tiadylt er 106
tiagabine hcl 46
TIBSOVO 74
ticagrelor 101
TICOVAC 149
tigecycline 38
timolol maleate 105,162
tinidazole 38
tiotropium bromide 165
TIVICAY 88
TIVICAY PD 88
tizanidine hcl 86
TOBI PODHALER 166
tobramycin 161,166
tobramycin sulfate 37
tobramycin-dexamethasone 160
TOLAK 120
tolterodine tartrate 128
tolterodine tartrate er 128

tolvaptan 123
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 158
topiramate 45
toremifene citrate 61
torsemide 109
TOUJEO MAX SOLOSTAR 98
TOUJEO SOLOSTAR 98
TPN ELECTROLYTES 122
TRADJENTA 96
tramadol hcl 34
tramadol hcl er 33
tramadol-acetaminophen 34
trandolapril 103
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 109
tranexamic acid 101
tranylcypromine sulfate 51
travoprost (bak free) 163
trazodone hcl 53
TRECATOR 59
TRELEGY ELLIPTA 169
TREMFYA 143,144
TREMFYA ONE-PRESS 144
TREMFYA PEN 144
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 144
TRESIBA 98
TRESIBA FLEXTOUCH 98
tretinoin 77,117
tri-estarylla 137
tri-linyah 137
tri-mili 137
tri-sprintec 137
tri-vylibra 137
triamcinolone acetonide 116,119
triamterene-hctz 109
triazolam 170
triderm 119
trientine hcl 123
TRIENTINE HCL 123
trifluoperazine hcl 81
TRIFLURIDINE 161
trihexyphenidyl hcl 79
TRIKAFTA 166
trimethoprim 38
trimipramine maleate 54
TRINTELLIX 53
TRIUMEQ 89
TRIUMEQ PD 89
trivora (28) 137
trospium chloride 128
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 158
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 158
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 158
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 158
TRULICITY 96
TRUMENBA 149
TRUQAP 74
TUKYSA 74
TURALIO 75
turqoz 137
TWINRIX 149
TYBOST 90
TYENNE 144
TYMLOS 151
TYPHIM VI 149

U

UDENYCA 101
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 158
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 158
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 158
UNIFINE PENTIPS 158
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 158
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . 158
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 158
unithroid 140
UPTRAVI 167
ursodiol 125

V

valacyclovir hcl 92

VALCHLOR . . . 120
valganciclovir hcl . . . 87
valproate sodium . . . 45
valproic acid . . . 45
valsartan . . . 102
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 109
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 46
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 47
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 47
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 47
valtya 1/35 . . . 137
VALTYA 1/50 . . . 137
vancomycin hcl . . . 38
VANFLYTA . . . 75
VAQTA . . . 149
varenicline tartrate . . . 36
varenicline tartrate (starter) . . . 36
varenicline tartrate(continue) . . . 36
VARIVAX . . . 149
VAXCHORA . . . 149
VELIVET . . . 137
VELSIPITY . . . 144
VENCLEXTA . . . 75
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 75
venlafaxine hcl . . . 53
venlafaxine hcl er . . . 53
VEOZAH . . . 114
VEPPANU . . . 61
verapamil hcl . . . 106
VERAPAMIL HCL ER . . . 106
verapamil hcl er . . . 106
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 159
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 159
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 159
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR . . . 159
VERQUVO . . . 109
VERSACLOZ . . . 86
VERZENIO . . . 75
vestura . . . 137
vienva . . . 137
vigabatrin . . . 47
vigadrone . . . 47
VIGAFYDE . . . 47
vigpoder . . . 47
vilazodone hcl . . . 53
VIMKUNYA . . . 149
viorele . . . 137
VIRACEPT . . . 91
VIREAD . . . 89
VITRAKVI . . . 75
VIVOTIF . . . 149
VIZIMPRO . . . 75
volnea . . . 137
VONJO . . . 77
VOQUEZNA DUAL PAK . . . 125
VOQUEZNA TRIPLE PAK . . . 125
VORANIGO . . . 75,76
voriconazole . . . 56
VOSEVI . . . 87
VOWST . . . 159
VRAYLAR . . . 85
vyfemla . . . 138
vylibra . . . 138
VYZULTA . . . 163

W

warfarin sodium . . . 99
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . 159
WEGOVY . . . 109
WELIREG . . . 62
WELTRUZA . . . 85
wera . . . 138
WINREVAIR . . . 167
wixela inhub . . . 169
wymzya fe . . . 138
WYOST . . . 151

X

XALKORI . . . 76
XARELTO . . . 99

XARELTO STARTER PACK 100
XATMEP 147
XCOPRI 45,48
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 48
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 48
XDEMVY 160
xelria fe 138
XERMELO 124
XIFAXAN 38
XIGDUO XR 96
XIIDRA 160
XOFLUZA (40 MG DOSE) 91
XOFLUZA (80 MG DOSE) 91
XOLAIR 144
XOSPATA 76
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 76
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 76
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 76
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 77
XTANDI 60
XTRENBO 151
xulane 138

Y

YESINTEK 144
YF-VAX 149
yuvafem 138

Z

zafemy 138
zafirlukast 164
zaleplon 170
ZARXIO 101
ZEJULA 77
ZELBORAF 77
zenatane 117
ZENBEXUS 63
ZENPEP 127
zidovudine 89
ziprasidone hcl 85
ziprasidone mesylate 85
ZIRGAN 161
zoledronic acid 151
ZOLINZA 63
zolpidem tartrate 170
ZONISADE 49
zonisamide 49
zovia 1/35 (28) 138
ZTALMY 47
zumandimine 138
ZURZUVAE 51
ZYDELIG 77
ZYKADIA 77
ZYMFENTRA (1 PEN) 147
ZYMFENTRA (2 PEN) 147
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 147
ZYPREXA RELPREVV 85

ខ្លឹមសារ

ANALGESICS 31
ANESTHETICS 35
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS 35
ANTIBACTERIALS 36
ANTICONVULSANTS 43
ANTIDEMENTIA AGENTS 49
ANTIDEPRESSANTS 50
ANTIEMETICS 54
ANTIFUNGALS 55
ANTIGOUT AGENTS 57
ANTIMIGRAINE AGENTS 57
ANTIMYASTHENIC AGENTS 58
ANTIMYCOBACTERIALS 58
ANTINEOPLASTICS 59
ANTIPARASITICS 78
ANTIPARKINSON AGENTS 79
ANTIPSYCHOTICS 80
ANTISPASTICITY AGENTS 86
ANTIVIRALS 86
ANXIOLYTICS 92
BIPOLAR AGENTS 93
BLOOD GLUCOSE REGULATORS 94
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS 98
CARDIOVASCULAR AGENTS 101
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS 113
DENTAL AND ORAL AGENTS 116
DERMATOLOGICAL AGENTS 116
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS 121
GASTROINTESTINAL AGENTS 123
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT . 126
GENITOURINARY AGENTS 127
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) 128
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) 130
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) 130
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) 139
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 140
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) 141

IMMUNOLOGICAL AGENTS 142
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 150
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 150
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 151
OPHTHALMIC AGENTS 159
OTIC AGENTS 163
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 163
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 169
SLEEP DISORDER AGENTS 170

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 أ ضا 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:

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413** (**TTY: 711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413** (**TTY: 711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

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

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.

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

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, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផៅសន្តាន, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភេទ, អត្តសញ្ញាណភិនភេទ ឬបែបសេពសន្តវៈឡើយ។

Blue Shield of California ផ្តល់៖

- » ជំនួយ និងសេវាឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាសំរាប់មនុស្សដែលពិការ ដើម្បីជួយគេប្រាស្រ័យទាក់ទងឲ្យបានល្អប្រសើរ ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាមានលក្ខណសម្បត្តិ
  - ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំៗ, សំឡេង, ទំរង់អេឡិកត្រនិកអាចយកបាន, 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 ជាអក្សរប្រ៊ែល, អក្សរពុម្ពធំៗ, កាសែតសំឡេង, ឬទំរង់អេឡិកត្រនិក។ ដើម្បីទទួលសំណៅណាមួយ ជាទំរង់ដទៃទៀតទាំងនេះ សូមហៅ ឬសរសេរសំបុត្រទៅ៖

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

Medi-Cal

10/23/2026

របៀបប្តឹងសារទុក្ខ

បើសិនអ្នកជឿថា Blue Shield of California បានខកខានផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយល្មើសច្បាប់ ក្នុងលក្ខណៈណាអ្វីទៀត ដោយយោងលើ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផៅសន្តាន, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភេទ, អត្តសញ្ញាណភិនភេទ, ឬបែប សេពសន្តវៈ, អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខជាមួយ អ្នកសំរបសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ Blue Shield of California ។ អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខ តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់មុខ ឬជាអេឡិកត្រនិក៖

- តាមទូរស័ព្ទ៖ ទាក់ទង អ្នកសំរបសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល 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 និងផ្ញើវាទៅ៖

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 នៃផែ្នបណ្តិតរបស់អ្នក ឬ Blue Shield of California និងថ្លែង ថាអ្នកចង់ប្តឹងសារទុក្ខ។
- ជាអេឡិកត្រនិក៖ ទស្សនាគេហទំព័រ របស់ Blue Shield of California នៅ blueshieldca.com។

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

អ្នកក៏អាចប្តឹងបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយ ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬជាអេឡិកត្រនិកដែរ៖

- 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។

» ជាអេឡិកត្រនិក៖ ផ្ញើអីុមែលទៅ CivilRights@dhcs.ca.gov។

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

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

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

» ជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ៖ 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។

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

*បញ្ជីឱសថ*នេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅ 10/23/2026 ។

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