

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) ឆ្នាំ 2024 បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង(បញ្ជីឱសថ)

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានស្តីពីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់ 24332 របស់បញ្ជីឱសថ កំណែ 18

បញ្ជីឱសថនេះបានធ្វើបច្ចុប្បភាពនៅថ្ងៃ 06/20/2024 ។

សារសំខាន់ៗអំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃទៅលើថ្នាំរ៉ាក់សាំងបង្ការ –

ថ្នាំរ៉ាក់សាំងបង្ការមួយចំនួនត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

រ៉ាក់សាំងបង្ការដទៃទៀតត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថផ្នែក D។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើរ៉ាក់សាំងបង្ការផ្នែក D ភាគច្រើនបំផុត គឺមិនអស់ថ្លៃដល់អ្នកទេ។

សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711)

ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

ឬសូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។

A55568EAE_KH (06/24)

H2819_23_378A-KH_C 07142023

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។



សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះហៅថា *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* (ក៏ហៅថា *បញ្ជីឱសថ*)។

បញ្ជីឱសថនេះប្រាប់ដល់អ្នកអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាមួយណាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ បញ្ជីឱសថនេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរថា តើមានវិធាន ឬការដាក់កំហិតពិសេសណាមួយអំពីឱសថណាមួយដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែរឬទេ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់យើង ដែលរួមមានជាមួយនឹងកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើបញ្ជីឱសថលើកមុន បង្ហាញនៅលើទំព័រគម្របខាងមុខ និងខាងក្រោយ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វាបង្ហាញនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយរបស់ *ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង*។

តារាងមាតិកា

- A. ការបដិសេធន៍ iv
- B. សំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់ (FAQ) iv
 - B1. តើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* នេះ? (យើងហៅ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ឱ្យខ្លីថា "បញ្ជីឱសថ")។ iv
 - B2. តើបញ្ជីឱសថ ធ្លាប់ផ្លាស់ប្តូរឬទេ? v
 - B3. តើមានអ្វីកើតឡើង នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះបញ្ជីឱសថ? vi
 - B4. តើមានលក្ខខ័ណ្ឌ ឬកម្រិតអ្វីខ្លះ ទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថ ឬមានវិធានការអ្វីបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថខ្លះ ឬទេ? vii
 - B5. តើខ្ញុំនឹងដឹងយ៉ាងដូចម្តេច បើសិនឱសថដែលខ្ញុំចង់បាន មានកម្រិត ឬបើសិនមានវិធានការ ដែលបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថ? viii
 - B6. តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្លាស់ប្តូរវិធានរបស់ពួកគេស្តីពីរបៀបដែលពួកគេធានារ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន កម្រិតបរិមាណ និង/ឬការដាក់កំហិតលើការព្យាបាលជាជំហាន)? viii
 - B7. តើខ្ញុំអាចរកឱសថ នៅក្នុងបញ្ជីឱសថ របៀបណា? viii
 - B8. ចុះបើសិន ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើ ពុំមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ? ix
 - B9. ចុះប្រសិនបើ ខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ហើយមិនអាចស្វែងរកឱសថរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំដែរឬទេ? ix
 - B10. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង ដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំ ឬទេ? x

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។

B11. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង របៀបណា?..... xi

B12. តើវាយុរប៉ុណ្ណា ដើម្បីទទួលបានការលើកលែង? xi

B13. តើឱសថម៉ាកធម្មតា ជាអ្វី?..... xi

B14. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan
 ធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់តាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរឬទេ? xi

B15.
 តើខ្ញុំអាចសុំវេជ្ជបញ្ជាដែលបានប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំបាន
 ដែរឬទេ?..... xii

B16. តើថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក ប៉ុន្មាន? xii

C. សេចក្តីសង្ខេបអំពី បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង..... xiii

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពសុខភាព xv

D. លិខិតបិទបិទនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង134



A. ការបដិសេធន៍

នេះគឺជាបញ្ជីឱសថដែលសមាជិកអាចទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

- ❖ អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ថ្មីៗបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2024](https://www.blueshieldca.com/medformulary2024) ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ❖ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដោយឥតគិតថ្លៃ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ចិនសាមញ្ញ ចិនបុរាណ អង់គ្លេស ហ្វីលីពីន ខ្មែរ កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក និងវៀតណាម។
- ❖ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគតជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬនៅក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អូឌីយ៉ូ ជាដើម)។ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ដើម្បីដាក់សំណើនេះ។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសាររហូតដល់ពេលដែលអ្នកចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។

B. សំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់ (FAQ)

ស្វែងរកចម្លើយនៅទីនេះចំពោះសំណួរដែលអ្នកមានអំពី *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* នេះ។ អ្នកអាចអានសំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់ទាំងអស់ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ឬរកមើលសំណួរ និងចម្លើយ។

B1. តើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* នេះ?

(យើងហៅ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ឱ្យខ្លីថា "បញ្ជីឱសថ")។

ឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ដែលចាប់ផ្តើមលើទំព័រ 1 គឺជាឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឱសថ គឺមាននៅតាមឱសថស្ថាន ក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឱសថស្ថាន គឺនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង បើសិនយើងមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយគេ ដើម្បីធ្វើការជាមួយយើង និងផ្តល់សេវាឱ្យអ្នក។ យើងហៅឱសថស្ថានទាំងនេះ ថាជា "បណ្តាញឱសថស្ថាន"។

ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានបញ្ជូលទៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវិតាមីនជាក់លាក់មួយចំនួនអាចមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។

សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ **800-977-2273**។ សូមយកបណ្តសម្គាល់អ្នកទទួលបានផលរបស់ Medi-Cal (BIC) នៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medformulary2024](https://www.blueshieldca.com/medformulary2024)។

- គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងធានារ៉ាប់រងឱសថចាំបាច់សម្រាប់ព្យាបាលទាំងអស់នៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ប្រសិនបើ៖
 - វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតប្រាប់ថា អ្នកត្រូវការឱសថទាំងនោះដើម្បីរាប់ជាសះស្បើយ ឬបន្តមានសុខភាពល្អ
 - គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan យល់ព្រមថា ឱសថចាំបាច់សម្រាប់ព្យាបាលទៅដល់អ្នក **និង**
 - អ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកត្រូវតែធ្វើអ្វីមួយមុនពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចស្វែងរកបញ្ជីឱសថថ្មីៗបំផុត ដែលយើងធានារ៉ាប់រងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2024 ឬហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ។

B2. តើបញ្ជីឱសថ ធ្លាប់ផ្លាស់ប្តូរឬទេ?

ធ្លាប់មាន ហើយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវតែធ្វើតាមវិធានរបស់ Medicare និង Medicaid នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ យើងអាចនឹងថែម ឬដកចេញ នូវឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ។

យើងក៏អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ វិន័យរបស់យើង អំពីឱសថដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចថា តម្រូវឱ្យមាន ឬមិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថមួយ។ (ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺជាការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលអ្នកទទួលបានឱសថមួយ)។
- ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរ ចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចទទួល (ហៅថា កម្រិតបរិមាណ)។
- Add or change step therapy restrictions on a drug. (ជំហានវិធីព្យាបាល មានន័យថាអ្នកត្រូវតែសាកឱសថមួយ មុននឹងយើងរ៉ាប់រងឱសថមួយទៀត)។

សំរាប់ព័ត៌មានថែមទៀត អំពីវិន័យឱសថទាំងនេះ មើលសំណួរ B4។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។



ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែប្រើប្រាស់ឱសថមួយដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅ ដើមឆ្នាំ នោះ ជាទូទៅយើងនឹងមិនយកវាចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំ នោះឡើយ លុះត្រាតែ៖

- ឱសថថ្មីមានតម្លៃទាបនឹងមាននៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងឱសថនៅក្នុងបញ្ជី ឱសថឥឡូវនេះឬ
- យើងយល់ថា ឱសថនោះគ្មានសុវត្ថិភាព ឬ
- ឱសថត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

សំណួរ B3 និង B6 ខាងក្រោម មានព័ត៌មានថែមទៀត អំពីអ្វីដែលកើតឡើង នៅពេលផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថ។

- អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថថ្មីបំផុតរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។
- អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅជើងទំព័រនៃឯកសារនេះដើម្បីពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្ន។

B3. តើមានអ្វីកើតឡើង នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះបញ្ជីឱសថ?

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះបញ្ជីឱសថនឹងកើតឡើង **ភ្លាមៗ**។ ឧទាហរណ៍៖

- **ឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មីអាចរកបានហើយ។** ជួនកាល ក៏មានឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មី នៅក្នុងទីផ្សារ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងឱសថម៉ាកល្បី នៅក្នុងបញ្ជីឱសថឥឡូវនេះដែរ។ នៅពេលរឿងនោះកើតឡើង យើងអាចដកឱសថម៉ាកល្បីចេញ និងថែមឱសថម៉ាកធម្មតា ប៉ុន្តែតម្លៃរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនឹងស្មើ \$០។ នៅពេលយើងថែមឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មី យើងក៏អាចនឹងសម្រេចរក្សាឱសថមានម៉ាកយីហោនៅក្នុងបញ្ជីដែរ ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរវិធាននៃការធានារ៉ាប់រង ឬកម្រិតរបស់វា។
 - យើងអាចនឹងមិនប្រាប់អ្នក មុននឹងយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានឲ្យអ្នក អំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ ដែលយើងបានធ្វើ កាលណាកើតឡើង។
 - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចសូមការលើកលែង ចេញពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងឲ្យអ្នក ដោយមានជំហាន ដែលអ្នកអាចធ្វើ ដើម្បីសូមការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។
- **ឱសថមួយត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។** ប្រសិនបើវាប្តូរចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ថ្លែងថាឱសថ ដែលអ្នកកំពុងប្រើគ្មានសុវត្ថិភាព ឬអ្នកផលិតឱសថដកវាចេញពីទីផ្សារ យើងនឹងដកវាចេញពីបញ្ជី ឱសថដូចគ្នា។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនោះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងថា ឱសថដែលត្រូវបានដកចេញពីបញ្ជីឱសថ នឹងណែនាំអ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើបន្ទាប់។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់



យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត

ដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះ ចំពោះបញ្ជីឱសថ។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើង ប្រសិនបើ៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ ពិនិត្យព្យាបាលថ្មី អំពីឱសថ។
- យើងថែមឱសថម៉ាកធម្មតាដែលមិនមែនជាឱសថថ្មីក្នុងទីផ្សារ និង
 - ជំនួសឱសថម៉ាកល្បីដែលបច្ចុប្បន្ននេះមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ឬ
 - ផ្លាស់ប្តូរវិន័យនៃការរ៉ាប់រង ឬកម្រិត សំរាប់ឱសថម៉ាកល្បី។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់អ្នកកិច្ចបំផុតរយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុននឹងយើងផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថ ឬ
- ប្រាប់ដំណឹងអ្នក និងឧបត្ថម្ភឱសថឱ្យអ្នក 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកសូមបំពេញសាច្ចុប្បន្ន។

យ៉ាងនេះវាឱ្យពេលដល់អ្នក ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថមួយស្រដៀងគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលអ្នកអាចប្រើជំនួស ឬ
- ថា តើដើម្បីសូមការលើកលែង ចេញពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀតអំពីករណីលើកលែង សូមមើលទៅសំណួរ B10-B12។

B4. តើមានលក្ខខណ្ឌ ឬកម្រិតអ្វីខ្លះ ទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថ ឬមានវិធានការអ្វីបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថខ្លះ ឬទេ?

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

- **ការអនុញ្ញាតជាមុន៖** សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលអ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបាន។ ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺមានភាពខុសគ្នាពីការបញ្ជូនបន្ត។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចមិនធានារ៉ាប់រងឱសថ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ។
- **កម្រិតបរិមាណ៖** ជូនកាលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan កម្រិតបរិមាណឱសថ ដែលអ្នកអាចទទួលបាន។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។



- **ការព្យាបាលជាជំហាន៖** ជូនកាលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តម្រូវឱ្យអ្នកព្យាបាលជាជំហាន។ នេះមានសេចក្តីថា អ្នកនឹងត្រូវសាកឱសថតាមលំដាប់លំដោយខ្លះ សំរាប់លក្ខណៈរោគរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងត្រូវតែសាកឱសថមួយមុននឹងយើងរ៉ាប់រងឱសថមួយទៀត។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកគិតថា ឱសថលើកដំបូងពុំមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថលើកទីពីរពេលក្រោយទៀត។

អ្នកអាចស្វែងយល់ តើថាឱសថរបស់អ្នកមានតម្រូវការបន្ថែមណាមួយ ឬកម្រិតដោយការចូលមើលក្នុងតារាងដើមនៅទំព័រទី 1 ។
 អ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតតាមរយៈការចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ blueshieldca.com/medformulary2024។ យើងបានបង្ហាញឯកសារតាមអនឡាញដែលពន្យល់អំពីការអនុញ្ញាតជាមុនរបស់យើង និងការដាក់កំហិតលើការព្យាបាលជាជំហាន។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើនូវច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ជូនអ្នកផងដែរ។

អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងចេញពីកម្រិតទាំងនេះ។
 វានឹងផ្តល់ពេលដល់អ្នកក្នុងការពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ គេអាចជួយអ្នកសំរេច បើសិនមានឱសថស្រដៀងគ្នា នៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលអ្នកអាចប្រើជំនួសបាន ឬថាតើសូមការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

B5. តើខ្ញុំនឹងដឹងយ៉ាងដូចម្តេច បើសិនឱសថដែលខ្ញុំចង់បាន មានកម្រិត ឬបើសិនមានវិធានការ ដែលបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថ?

តារាងនៅក្នុងបញ្ជីឱសថតាមលក្ខណៈរោគនៅទំព័រទី 1 មានជួរដែលបានស្លាកសម្គាល់ “វិធានការ ការដាក់កំហិត ឬការកម្រិតចាំបាច់លើការប្រើប្រាស់”។

B6. តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្លាស់ប្តូរវិធានរបស់ពួកគេស្តីពីរបៀបដែលពួកគេធានារ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន កម្រិតបរិមាណ និង/ឬការដាក់កំហិតលើការព្យាបាលជាជំហាន)?

នៅក្នុងករណីខ្លះ យើងខ្ញុំនឹងប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើយើងបន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការអនុញ្ញាតជាមុន កម្រិតបរិមាណ និង/ឬការដាក់កំហិតលើការព្យាបាលជាជំហានទៅលើឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B3 សម្រាប់ព័ត៌មានថែមទៀតអំពីការជូនដំណឹងជាមុននេះ និងស្ថានភាពដែលយើងប្រហែលមិនអាចប្រាប់អ្នកជាមុន នៅពេលវិធានរបស់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

B7. តើខ្ញុំអាចរកឱសថ នៅក្នុងបញ្ជីឱសថ របៀបណា?

- មានរបៀបពីរយ៉ាង ដើម្បីរកឱសថ៖
- អ្នកអាចស្រាវជ្រាវតាមលំដាប់អក្ខរក្រម ឬ
 - អ្នកអាចស្រាវជ្រាវ តាមលក្ខណៈរោគ។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់



ដើម្បីស្វែងរក តាមលំដាប់អក្ខរក្រម
សូមរកមើលឱសថនៅក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។
អ្នកអាចស្វែងរកវា នៅក្នុងលិបិក្រមដែលចាប់ផ្តើមនៅទំព័រទី 134 ។
លិបិក្រមផ្តល់បញ្ជីឱសថទាំងអស់តាមលំដាប់អក្ខរក្រមដែលបានរួមបញ្ចូលក្នុងឯកសារនេះ។ ទាំងឱសថម៉ាកល្បី
និងឱសថម៉ាកធម្មតា គឺបានចុះរាយក្នុងលិបិក្រម។ មើលលិបិក្រម និងរកឱសថរបស់អ្នក។
នៅក្បែរឱសថរបស់អ្នក អ្នកនឹងឃើញលេខទំព័រ ជាកន្លែងដែលអ្នកអាចរកព័ត៌មានការរ៉ាប់រង។ បើកទៅទំព័រ
ដែលបានរាយក្នុងលិបិក្រម និងស្វែងរកឈ្មោះឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងជួរទីមួយនៃបញ្ជី។

ដើម្បីស្រាវជ្រាវ តាមលក្ខណៈរោគា សូមស្វែងរកផ្នែកដែលមានស្លាកសម្គាល់ “បញ្ជីឱសថតាមលក្ខណៈរោគា”
នៅទំព័រទី 1 ។ ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះ
ត្រូវបានដាក់ជាក្រុមចូលទៅតាមភេទអាស្រ័យទៅលើប្រភេទនៃលក្ខណៈរោគា ដែលគេបានប្រើដើម្បីព្យាបាល។
ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែរកមើលក្នុងប្រភេទ អង្គធាតុសរសៃឈាមបេះដូង។
នោះហើយគឺជាកន្លែង ដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថ ដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

B8. ចុះបើសិន ឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើ ពុំមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ?

ប្រសិនបើអ្នកមិនស្វែងរកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជីឱសថទេ
សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនទៅជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ ហើយសួរនាំអំពីវា។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងថា
គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថទេនោះ
អ្នកអាចធ្វើរឿងមួយក្នុងចំណោមរឿងទាំងនេះ៖

- ស្នើសុំ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននូវបញ្ជីឱសថដូចគ្នានឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ ជាបន្ទាប់មក
បង្ហាញបញ្ជីនោះ ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចចេញវេជ្ជបញ្ជា
ចំពោះ
ឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដូចគ្នានឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ ឬ
- អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោងBlue Shield TotalDual
Planឱ្យធ្វើការលើកលែងចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក។ សូមមើលសំណួរ B10-B12
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែង។

**B9. ចុះប្រសិនបើ ខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan
ហើយមិនអាចស្វែងរកឱសថរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ
ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំដែរឬទេ?**

យើងអាចជួយបាន។ យើងអាចធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេល
90 ថ្ងៃដំបូង ដែលអ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
យ៉ាងនេះវាឱ្យពេលដល់អ្នក ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។
គេអាចជួយអ្នកសំរេច បើសិនមានឱសថស្រដៀងគ្នា នៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលអ្នកអាចប្រើជំនួសបាន
ឬថាតើសូមការលើកលែង។

បើសិនវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក បានសរសេរសំរាប់ថ្ងៃតិចជាង យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យបំពេញសាច្ចិ ជាច្រើនដង
ដើម្បីផ្តល់ថ្នាំ ដល់ទៅអតិបរិមា 30 ថ្ងៃ។

យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ នៃឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើ៖

- អ្នកកំពុងតែប្រើឱសថដែលពុំមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬ
- វិធានក្នុងគម្រោងរបស់យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានតាមចំនួនដែលបានបញ្ជាដោយអ្នកចេញ
វេជ្ជបញ្ជាទេឬ

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ
(800) 452-4413 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់
ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ
blueshieldca.com/medformulary2024។



- ឱសថតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬ
- អ្នកកំពុងតែប្រើឱសថដែលជាផ្នែក នៃការដាក់កំហិតលើការព្យាបាលជាជំហាន

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មិនចាត់ទុកថា ជា ឱសថផ្នែក D ទេ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីទទួលបានមួយដងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 72 ម៉ោង។

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង និងត្រូវការឱសថដែលមិនមានក្នុងបញ្ជី ឱសថ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានឱសថដែលអ្នកត្រូវការដោយងាយស្រួលទេ យើងអាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នក បាននៅក្នុងគំរោងលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំយូរអង្វែង ហើយត្រូវការឧបត្ថម្ភឱសថភ្លាមៗ៖

- យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 31 ថ្ងៃម្តងដែលអ្នកត្រូវការ (លុះត្រា តែអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ថ្ងៃតិចជាង) ទោះបីអ្នកជាសមាជិកថ្មី ឬមិនមែនជា សមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ក៏ដោយ។
- នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃ ដំបូងដែលអ្នក ជាសមាជិកនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ការផ្លាស់ប្តូរគោលការណ៍

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

B10. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង ដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំ ឬទេ?

បាទ/ចាស។ អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឱ្យធ្វើករណីលើកលែងចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។ អ្នកក៏អាចសូមយើង ឱ្យផ្លាស់ប្តូរវិន័យទៅលើឱសថរបស់អ្នកដែរ។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។



- ឧទាហរណ៍គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចកម្រិតបរិមាណឱសថដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រង។ បើសិនឱសថរបស់អ្នកមានកម្រិត អ្នកអាចសូមយើងឱ្យផ្លាស់ប្តូរកម្រិត និងរ៉ាប់រងថែមទៀត។
- ឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំទម្លាក់ចោលការដាក់កំហិតលើការព្យាបាលជាជំហាន ឬកម្រិតឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

B11. តើខ្ញុំអាចសូមការលើកលែង របៀបណា?

ដើម្បីស្នើសុំករណីលើកលែង សូមទូរសព្ទទៅ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងធ្វើការជាមួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង។ អ្នកក៏អាចអានជំពូកទី 9 របស់ ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

B12. តើវាយូរប៉ុណ្ណា ដើម្បីទទួលបានការលើកលែង?

បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយច្បាប់ មកពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដែលគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក សម្រាប់ករណីលើកលែង យើងនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចជូនអ្នកក្នុងពេល 72 ម៉ោង។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក អាចធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះតាមអេឡិកត្រូនិក (តាមអនឡាញ ឬទូរសព្ទ) ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានឱសថស្ថានរបស់គម្រោង Blue Shield និងជូនសេចក្តីថ្លែងការណ៍នោះមកយើងខ្ញុំដោយផ្ទាល់មាត់ ហើយបន្ទាប់មក ផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើចាំបាច់។

បើសិនអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាអ្នក គិតថាសុខភាពរបស់អ្នក អាចនឹងគ្រោះថ្នាក់ បើសិនអ្នកត្រូវរង់ចាំ 72 ម៉ោង សំរាប់ការសំរេច នោះអ្នកអាចសូមការលើកលែង ដោយពន្លឿន។ ការសំរេចនេះគឺជាបំរុងសំរាប់យើង។ បើ សិនអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាអ្នក គាំទ្រសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្តល់ការសំរេចឱ្យអ្នក ក្នុងពេល 24 ម៉ោង នៃការទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ របស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាអ្នក។

B13. តើឱសថម៉ាកធម្មតា ជាអ្វី?

ឱសថម៉ាកធម្មតាបង្កើតឡើងជាមួយនឹងគ្រឿងផ្សំសំខាន់ៗដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកល្បីដែរ។ តាមធម្មតា វាមានតម្លៃថោកជាងឱសថម៉ាកល្បី ហើយឈ្មោះរបស់វាមិនសូវមានគេស្គាល់ទូទៅទេ។ ឱសថម៉ាកធម្មតា ត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយ នាយកដ្ឋានភោជនិកភ្នំ និងឱសថបករណ៍ (FDA)។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ធានារ៉ាប់រងទាំងឱសថមានម៉ាកល្បី និងឱសថម៉ាកធម្មតា។

B14. តើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់តាមវេជ្ជបញ្ជារយៈ ពេលវែងដែរឬទេ?

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់ អ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដែលផ្តល់សេវាតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងបាន។ ជាទូទៅ ឱសថ ដែលផ្តល់ជូនតាមរយៈឱសថស្ថានដែលផ្តល់សេវាតាមប្រៃសណីយ៍ គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើជាទៀងទាត់សម្រាប់លក្ខណៈរោគាវិវិ ឬរយៈពេលវែង។ ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងឱសថស្ថានដែលផ្តល់សេវាតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងត្រូវបានសម្គាល់ជា សញ្ញា **NDS** នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។



- កម្មវិធីសេវាតាមប្រែសណីយ៍។**
 យើងផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីសេវាតាមប្រែសណីយ៍ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ 1៖
 ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ និងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិត 2៖
 ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតថ្នាក់ 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតថ្នាក់ 4៖
 ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100
 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ 1៖
 ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ និងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ 2៖
 ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតថ្នាក់ 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតថ្នាក់ 4៖
 ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។
- កម្មវិធីឱសថស្ថានលក់រាយ។** ឱសថស្ថានលក់រាយមួយចំនួនអាចផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ 1 ផងដែរ៖ ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ និងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ 2៖ ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតថ្នាក់ 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតថ្នាក់ 4៖ ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ។
 ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100
 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ 1៖
 ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ និងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ 2៖
 ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតថ្នាក់ 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតថ្នាក់ 4៖
 ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។

B15. តើខ្ញុំអាចសុំវេជ្ជបញ្ជាដែលបានប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះរបស់ខ្ញុំពីឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ?

ឱសថស្ថានក្នុងតំបន់របស់អ្នកប្រហែលអាចប្រគល់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដល់ផ្ទះរបស់អ្នកបាន។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ ឱសថស្ថានរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើពួកគេប្រគល់ជូនដល់ផ្ទះដែរឬទេ។

B16. តើថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក ប៉ុន្មាន?

សមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មានការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាប្រសិនបើសមាជិកអនុវត្តតាមវិធានរបស់គម្រោង។

ថ្នាក់ គឺជាក្រុមនៃឱសថ នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

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

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់



ថ្នាក់	ពណ៌នា	ការរួមបង់		
		ឧបត្ថម្ភ 30 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
ថ្នាក់ ១	ឱសថម៉ាកធម្មតាពេញចិត្ត	\$0	\$0	\$0
កម្រិតថ្នាក់ ២	ឱសថម៉ាកធម្មតា	\$0, \$1.55, \$4.50	\$0, \$1.55, \$4.50	ឥតមាន
កម្រិតថ្នាក់ ៣	ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ	\$0, \$4.60, \$11.20	\$0, \$4.60, \$11.20	ឥតមាន
កម្រិតថ្នាក់ ៤	ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ	\$0, \$4.60, \$11.20	\$0, \$4.60, \$11.20	ឥតមាន
កម្រិតថ្នាក់ ៥	ឱសថកម្រិតឯកទេស	\$0, \$4.60, \$11.20	ឥតមាន	ឥតមាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន
តាមរយៈលេខនៅជើងទំព័រនៃឯកសារនេះ។

C. សេចក្តីសង្ខេបអំពី បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

បញ្ជីនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកអំពីឱសថដែលត្រូវធានារ៉ាប់រងដោយ
Blue Shield TotalDual Plan។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាចំពោះការស្វែងរកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជី
សូមបើកលិបិក្រមឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលចាប់ផ្តើមនៅទំព័រ 134
លិបិក្រមរាយឱសថតាមលំដាប់អក្ខរក្រមទាំងអស់ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual
Plan។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ
(800) 452-4413 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ
blueshieldca.com/medformulary2024។

សញ្ញាសំគាល់		
ថ្នាក់	ឈ្មោះ	
1	ឱសថម៉ាកធម្មតាពេញចិត្ត	
2	ឱសថម៉ាកធម្មតា	
3	ឱសថម៉ាកធម្មតាដែលគម្រោងប្រើទូទៅ	
4	ឱសថម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ	
5	ឱសថកម្រិតឯកទេស	
សញ្ញា	ឈ្មោះ	ពណ៌នា
LA	មានកម្រិតទទួល	វេជ្ជបញ្ជានេះ អាចនឹងមានតែនៅតាមឱសថស្ថានខ្លះៗប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថានរបស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់យើង។
PA	ការអនុញ្ញាតជាមុន	ការធានារ៉ាប់រងចំពោះវេជ្ជបញ្ជានេះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពី Blue Shield សិន។ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ក្នុងការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ឱសថមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផ្នែក B ឬផ្នែក D ដោយផ្អែកលើវិធានអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare។
QL	កម្រិតបរិមាណ	ឱសថនេះមានកម្រិតដែលត្រូវប្រើ ឬកម្រិតបរិមាណតាមវេជ្ជបញ្ជា។ កម្រិតឱសថប្រចាំថ្ងៃជាអតិបរិមាត្រូវបានកំណត់ដោយ FDA និងបានរាយបញ្ជីក្នុងឯកសារដែលបញ្ជូលក្នុងកញ្ចប់ឱសថ។ ដែនកំណត់កម្រិតបរិមាណផ្សេងទៀតលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើរួមគ្នានៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។
ST	ជំហានវិធីព្យាបាល	ការរ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានេះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅពេលដែលការព្យាបាលដោយថ្នាំដំបូង ឬថ្នាំដែលពេញចិត្តផ្សេងទៀតត្រូវបានសាកល្បង (ការព្យាបាលតាមជំហាន)។
NDS	ការឧបត្ថម្ភឱសថ មិនពន្យារថ្លៃ	ថ្នាំនេះគឺមិនមាន សំរាប់ការឧបត្ថម្ភយូរលង់ទេ។
VAC	វ៉ាក់សាំង IRA \$0	វ៉ាក់សាំងផ្នែក D នេះមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក ។ សូមមើលទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។

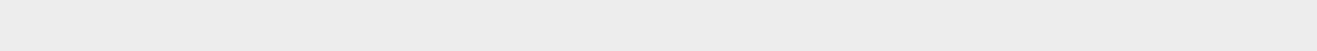
- ការគាំ គឺជារបៀបគ្រួសារ នៃការស្នូមយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញ នូវការសំរេចដែលយើងបានធ្វើ អំពីការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងផ្លាស់ប្តូរវា បើសិនអ្នកគិតថាយើងធ្វើដោយភាន់ច្រឡំ។
- ឧទាហរណ៍ យើងអាចនឹងសំរេច ថាឱសថដែលអ្នកចង់បាន គឺមិនរ៉ាប់រងទេ ឬលែងបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។
- ប្រសិនបើអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចរបស់យើងទេនោះ អ្នកអាចបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅក្នុងបាតកថានៃឯកសារនេះ។
- អ្នកក៏អាចអានជំពូកទី 9 របស់ *ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងផងដែរ* ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចនេះ។

CI. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពសុខភាព

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះ ត្រូវបានដាក់ជាក្រុមៗតាមប្រភេទ អាស្រ័យទៅលើប្រភេទនៃលក្ខណៈរោគា ដែលគេបានប្រើដើម្បីព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ បើសិនអ្នកមានជំងឺបេះដូង អ្នកគួរតែរកមើលក្នុងជំពូក អង្គធាតុសរសៃឈាមបេះដូង។ នោះហើយជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលស្ថានភាពបេះដូង។

ជួរទីមួយនៃតារាងរាយឈ្មោះឱសថ។ ឱសថម៉ាកធម្មតាត្រូវបានរាយជាអក្សរទ្រេតតូច (ឧទាហរណ៍ *simvastatin*)

ឱសថមានម៉ាកល្បីត្រូវបានដាក់ជាអក្សរធំ (ឧទាហរណ៍ ELIQUIS)។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជួរឈរ "វិធានការចាំបាច់ ការវិភាគ ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់" នេះប្រាប់អ្នកថា តើ Blue Shield TotalDual មានច្បាប់សម្រាប់ធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។



D. លិបិក្រមនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

នៅក្នុងផ្នែកនេះ អ្នកអាចស្វែងរកឱសថដោយស្វែងរកឈ្មោះរបស់ឱសថនោះតាមលំដាប់អក្ខរក្រម។ វានឹងប្រាប់អ្នកពីលេខទំព័រដែលអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>cataflam 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 1 % gel</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
<i>flurbiprofen 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	Tier 2	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	Tier 3	

អនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថអន្តរជាតិសម្រាប់ប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ និងបំបាត់ការរលាក
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអនុក្រឹត្យបច្ចុប្បន្នឱសថអន្តរជាតិសម្រាប់ប្រើប្រាស់ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ និងបំបាត់ការរលាក

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្ននៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>CODEINE SULFATE 15 MG TAB</i>	Tier 3	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate (1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle, 400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle)</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i>	Tier 4	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 3	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid</i>	Tier 4	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>lorcet 5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>lorcet hd 10-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>lorcet plus 7.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រគ្រឹះស្ថានពេទ្យប្រចាំថ្ងៃរបស់យើង។
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅលើគេហទំព័រគ្រឹះស្ថានពេទ្យប្រចាំថ្ងៃរបស់យើង។

ANALGESICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANESTHETICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណនិងអក្សរកាត់នៃក្រុមការងារសុខាភិបាល
ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANESTHETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocan 5 % patch</i>	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 4-1 mg film)</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (0.7-0.18 MG SL TAB, 1.4-0.36 MG SL TAB, 5.7-1.4 MG SL TAB)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (11.4-2.9 MG SL TAB, 2.9-0.71 MG SL TAB)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលសុខភាពអ្នកជំងឺ និងបង្កើនគុណភាពការព្យាបាល និងអនុវត្តការងារក្នុងការព្យាបាល
 ជាមួយគ្នាជាមួយការងារផ្សេងៗទៀត ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធថ្នែងឱសថ អ៊ែរ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
OPIOID REVERSAL AGENTS		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	Tier 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 3	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធថ្នែងឱសថ អ៊ែរ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្រវឹងខ្មៅក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថនេះបាន ប្រសិនបើមានការណែនាំពីគ្រូពេទ្យ ឬប្រើប្រាស់ប្រកបដោយការត្រួតពិនិត្យ និងការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ។

ប្រើប្រាស់ប្រកបដោយការត្រួតពិនិត្យ និងការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ។

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>paromomycin sulfate 250 mg cap</i>	Tier 4	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>clindacin etz 1 % swab</i>	Tier 2	
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	Tier 2	
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (1 % swab, 2 % cream)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 5	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមេកូណូប្រូតូសូប្យាញូញូស៊ីត និងអេកូសេរីយ៉ាតាស៊ីត ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ
ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹក្សា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	Tier 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	Tier 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % lotion)</i>	Tier 3	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	Tier 5	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 5	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	Tier 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមក្នុងតារាងនេះ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបង់ប្រាក់ឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 375 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	Tier 2	
<i>cefepime hcl (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
CEFOTAXIME SODIUM 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefpodoxime proxetil (100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab, 50 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរជាតិលើគេហទំព័រព្រឹត្តិបត្រសុខាភិបាល និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក
ជាមួយការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	Tier 5	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការ និង
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>nafcillin sodium 10 gm recon soln</i>	Tier 5	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
PFIZERPEN (20000000 UNIT RECON SOLN, 5000000 UNIT RECON SOLN)	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 4	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	Tier 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អថិ (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 3	
DIFICID 200 MG TAB	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 400 400 MG TAB	Tier 4	
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE 400 MG TAB	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
CIPROFLOXACIN HCL 100 MG TAB	Tier 4	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	Tier 4	

**អនុករណបសុវចន្ត្រៃកេតិកម្មសុភីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រសុព្វញ្ញាណិកអកុសកោតនវគុនុខតារាងនេះ
 ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	Tier 4	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (300 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 3	
SULFONAMIDES		
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	Tier 3	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
TETRACYCLINES		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 100 mg tab, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកន្លឹកប័ណ្ណថ្នាំថ្មី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTICONVULSANTS, OTHER		
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រស្របច្បាប់និងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយថ្នលទ្ធការកំណត់ទំនិញ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>roweepra (1000 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>roweepra xr 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>roweepra xr 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>topiramate (100 mg tab, 15 mg cap sprink, 200 mg tab, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X 200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) (100 & 150 MG TAB THPK, 50 & 200 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរោគចិត្តស្រដៀងគ្នាជាមួយថ្នាំបំបាត់រោគសញ្ញាជំងឺរោគចិត្តស្រដៀងគ្នា
 ជាមួយការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរថ្នាំ
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 3	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) AUGMENTING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងស្រីសោភ័ណភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការណែនាំពី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធប្រើសថ អ៊ី (ក្រិតទុនាត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 3	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW TAB	Tier 3	

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសាមញ្ញ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពបាន។
ជាមួយនឹងការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសាមញ្ញ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព។
ហើយអានការណែនាំយល់ដឹងបន្ថែមទៀតសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសាមញ្ញ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព។

ANTICONVULSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
PEGANONE 250 MG TAB	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

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

ANTIDEMENTIA AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 2	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	Tier 4	
<i>memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab</i>	Tier 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	Tier 3	

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណីបច្ចុប្បន្នឱសថនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថនីមួយៗត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើការវាយតម្លៃសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនីមួយៗ។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេស (កម្ពុជា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 4	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	

អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជាស្តីពីអត្រាថ្លៃនៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជា
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលកម្ពុជា។

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)</i>	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

**អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខភាពអ្នកបានពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអ្នកក្នុងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធការព្រឹត្តិការណ៍ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតពីការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធការព្រឹត្តិការណ៍។**

ANTIDEPRESSANTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
TRICYCLICS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 10 mg/ml conc, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់អនុសាសន៍ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ <xiv>
ហើយអនុវត្តការពន្យល់ដល់វិធានការចាំបាច់អនុសាសន៍ការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ។

ANTIEMETICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl (1 mg/ml solution, 4 mg/4ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រប្រើប្រាស់នៃអ្នកសម្រាប់ការកំណត់កំហិតនៃ៖
ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រប្រើប្រាស់នៃ៖

ANTIEMETICS

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

ANTIFUNGALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>casprofungin acetate 50 mg recon soln</i>	Tier 5	PA
<i>casprofungin acetate 70 mg recon soln</i>	Tier 4	PA
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	Tier 2	
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
CRESEMBA (186 MG CAP, 372 MG RECON SOLN, 74.5 MG CAP)	Tier 5	PA
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	

**អនុករណបសុវចន្ត្រៃកព័ត៌មានសុភីពីអត្ថបទនៃយល់ដឹងមិត្តភក្តិសុព្វញ្ញានិចអកុសកោតនវកុនុខតារាងនេះ
ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំអែបមានផ្តល់កុនុខសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTIFUNGALS

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

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមេកូមីកូប្យូស៊ីសក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមេកូមីកូប្យូស៊ីស និងអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រឆាំងមេកូមីកូប្យូស៊ីសក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមេកូមីកូប្យូស៊ីស។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំប្រឆាំងមេកូមីកូប្យូស៊ីសក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីថ្នាំប្រឆាំងមេកូមីកូប្យូស៊ីស។

ANTIGOUT AGENTS

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

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIMIGRAINE AGENTS, OTHER		
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
UBRELVY (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
ERGOT ALKALOIDS		
<i>dihydroergotamine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	Tier 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PROPHYLACTIC		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលដាក់កំហិត និងប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺក្នុងក្រុមប្រឹក្សាជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺក្រហម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត។

យើងអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមលើការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺក្រហម និងជំងឺផ្សេងៗទៀត។

ANTIMIGRAINE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsy, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
PARASYMPATHOMIMETICS		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	

អនុករោចសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រសួងព្យាបាលជំងឺអាក្រក់ដាក់កំហិត
ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នកំរិតទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ANTIMYCOBACTERIALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
ISONIAZID 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
PASER 4 GM PACKET	Tier 4	
PRIFTIN 150 MG TAB	Tier 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
RIFATER 50-120-300 MG TAB	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តិបទបង្កើនថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (100 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 5	
GLEOSTINE 10 MG CAP	Tier 4	
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
<i>thiotepa (100 mg recon soln, 15 mg recon soln)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអតិថិជនរបស់យើងបានតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងារ
ជាមួយទូរស័ព្ទកំរិតទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANDROGENS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>flutamide 125 mg cap</i>	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្របច្បាប់និងអកុសលភាពនៃការកំណត់
ជាមួយទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
REVLIMID (10 MG CAP, 15 MG CAP, 2.5 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP, 5 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
EMCYT 140 MG CAP	Tier 4	
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
ANTIMETABOLITES		
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXKIVITY 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (91 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្លៃឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងស្រីសោភ័ណភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការណែនាំពី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចសុំថ្លៃកាត់បន្ថយសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងមិនមានធនាគារសម្រាប់ប្រើប្រាស់បាន។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនិញ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (12 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅលើគេហទំព័រ [www.fda.gov](#) និង [www.accessdata.fda.gov](#) ។

ឱសថទាំងនេះអាចមានផ្ទុកសារធាតុគីមីដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានការប្រែប្រួលកម្រិតក្រហមឈាម និងកម្រិតពណ៌ក្រហម ដូច្នេះអ្នកត្រូវត្រួតពិនិត្យកម្រិតទាំងនេះជាប្រចាំ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង់ថ្លៃឱសថ អថ្ន (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិព្យាបាលអង្គការកម្ពុជាសម្រាប់កុលសម្ព័ន្ធនានា៖
ជាយូរមកការកំណត់ថ្លៃ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់កុលសម្ព័ន្ធនានា។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អថិ (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចសុំថ្លៃកាត់បន្ថយសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងមិនមានការគ្របដណ្តប់ដោយប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
ជាមួយនឹងការកាត់បន្ថយថ្លៃ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺកម្រិតថ្លៃនៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងបញ្ជីថ្នាំប្រើប្រាស់ និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រើប្រាស់។

ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រើប្រាស់ <xiv>

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតនៃថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងបញ្ជីថ្នាំប្រើប្រាស់ និងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រើប្រាស់។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
IBRANCE (100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដទៃទៀត ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើមានការកំណត់ណាមួយដែលអាចជួយលើកលែងតម្លៃថ្នាំបានទេ។

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិចបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ អនុ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អនុករណ៍សុខាភិបាលសុំអនុវត្តយល់ព្រមលើការអនុវត្តការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្មីសថ
ជាយថ្នាំថ្មីសថកំណត់ការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តយល់នៃមិត្តភក្តិស្រព្វកាលនិងអកុសកោតនូវកុនុខការពន្លះ
ជាយូរឆ្នាំក្នុងទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះនៅក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអ្នកប្រើប្រាស់ និងក្នុងកញ្ចប់ព័ត៌មានអ្នកប្រើប្រាស់
ជាមួយការណែនាំអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ។ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO (125 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
UKONIQ 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងារសុខាភិបាល៖
ជាមួយនឹងការទាក់ទងទៅ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្នាំឱសថទាំងនេះ។

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

**អ្នកអាចសុំថ្នាំទាំងនេះបានសេរីពីអគ្គនាយកដ្ឋានព្យាបាលជំងឺមហារីកកម្ពុជា និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការទំនាក់ទំនង ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

ANTINEOPLASTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	Tier 5	
TREATMENT ADJUNCTS		
<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	Tier 4	
MESNEX 400 MG TAB	Tier 5	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 3	QL (16 PER 365 OVER TIME)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 3	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	Tier 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)

អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយសេរីដោយគ្មានការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនេះដោយសេរីដោយគ្មានការកំណត់លើការប្រើប្រាស់នេះ។

ANTIPARASITICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លែងប្លែងឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 3	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

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

អ្នកអាចសួរចំណុះក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្រស្របច្បាប់និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទំនិញ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPARKINSON AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	Tier 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចន្ត្រក្រឹត្យសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញនៃក្រសួងសុខាភិបាល និង ក្រសួងព្រះបរមរាជវាំង
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគីមីរបស់ផ្តល់ឱសថ អុធិ (អ៊ីនធឺណេត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
1ST GENERATION/TYPICAL		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC)	Tier 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	Tier 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា និង អគ្គនាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងថ្នាំប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការក្នុងការកំណត់កំហិត ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ARISTADA (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	Tier 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថប្រឆាំងជំងឺប្រាណូស៊ីស និងជំងឺផ្សេងៗទៀត
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថប្រឆាំងជំងឺប្រាណូស៊ីស និងជំងឺផ្សេងៗទៀត។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថប្រឆាំងជំងឺប្រាណ្យសាស្ត្រ និងជំងឺប្រាណ្យសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត ត្រូវតែអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ និងប្រើប្រាស់តាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ។

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (25 mg srer, 37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er 12.5 mg srer</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ជំងឺផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ជំងឺផ្លូវចិត្ត
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

ANTIPSYCHOTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clozapine 200 mg tab disp</i>	Tier 5	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
BACLOFEN 15 MG TAB	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ផ្តល់ថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្តូរមុន
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
PREVYMIS 240 MG TAB	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់នេះ
 ជាមួយមន្ត្រីការពារសុខាភិបាល ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PREVYMIS 480 MG TAB	Tier 5	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS)
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
VEMLIDY 25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
HARVONI 45-200 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិវិភាគសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានគ្រួសារ និងអនាម័យសាស្ត្រក្រុងភ្នំពេញ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ (ក្រិតេរីយ៉ា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
APRETUDE 600 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (21 PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)

អ្នកអាចសួរចំណុះក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់នៃអ្នកសម្របសម្រួលសេវាសុខាភិបាល និងសេវាសុខាភិបាលផ្សេងៗទៀត។
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIKYS 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 OVER TIME)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	Tier 5	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្នល់ឱសថ
ជាមួយថ្នាំដទៃទៀត ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្នល់ឱសថ។**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIVAN 200 MG CAP	Tier 3	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIVAN 400 MG CAP	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	Tier 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)

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

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រាក់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 2	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 2	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 2	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (1 X 40 MG TAB THPK, 2 X 20 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)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្លៃនៃថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ក្នុងស្ថានភាពសុខាភិបាល
ជាប្រចាំឆ្នាំ ២០១៧ <xiv>
ហើយអនុករណ៍សុខាភិបាលស្តីពីអត្រាថ្លៃនៃថ្នាំប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ក្នុងស្ថានភាពសុខាភិបាល
ជាប្រចាំឆ្នាំ ២០១៧ <xiv>**

ANTIVIRALS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION		
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	

ANXIOLYTICS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
BENZODIAZEPINES		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលកម្ពុជា អនុវត្តន៍យល់តែម្តងសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថ
 ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ANXIOLYTICS

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

BIPOLAR AGENTS

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

អនុករោចសុវចនាភព័ត៌មានសុភិព័អត្តថវិយាវិទ្យាស្ថានប្រជាជនកម្ពុជា
 ជាមួយប្រព័ន្ធការព័ន្ធកម្មសិទ្ធិការពារព័ត៌មាន ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតលើកិច្ចការពារព័ត៌មានរបស់យើង។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>miglitol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN PEN, 12.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 15 MG/0.5ML SOLN PEN, 2.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 5 MG/0.5ML SOLN PEN, 7.5 MG/0.5ML SOLN PEN)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 2	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (2 MG/1.5ML SOLN PEN, 4 MG/3ML SOLN PEN)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានថ្នាំ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតប្រាក់ថ្លៃឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើងតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្រុមការងាររបស់យើង។
ជាមួយនឹងការទាក់ទងទៅក្រុមការងាររបស់យើង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំរបស់យើង។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុក្រឹត្យបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	

អនុក្រឹត្យបង្គាប់ថ្លៃឱសថអន្តរជាតិសម្រាប់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
NOVOLIN 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
NOVOLIN N RELION 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
NOVOLIN R RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាប្រចាំថ្ងៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsy, 80 mg/0.8ml soln prsy)</i>	Tier 3	QL (48 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	Tier 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តយល់ព្រមលើការកាត់បន្ថយតម្លៃឱសថស្ថានសម្រាប់ប្រជាជន
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់** <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្របខណ្ឌសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	Tier 3	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 5	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA

អនុកម្មស្តង់ដារថ្នាក់ថ្នាក់សម្រាប់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ត្រូវបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសម្រេចស្របតាមការវាយតម្លៃហានិភ័យ និងប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថទាំងនេះ។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាយថ្ងៃទីកំណត់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូរីមុរស់
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូរីមុរស់
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 4	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	

**អនុករាជសុវចន្តរាជក្រឹត្យលេខ ៧៧ អនក្រឹត្យទី ៧៧ ចុះថ្ងៃទី ២៧ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០១៧ អនុសញ្ញាស្តីពីការកំណត់លីការម៉ូរីមុរស់
ជាមួយនឹងការកំណត់លីការម៉ូរីមុរស់ ^{<xiv>}
ហើយអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមខ្ពស់សម្រាប់ប្រើប្រាស់លើកុមារ៖។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភាពសហប្រតិបត្តិការរវាងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរសុខាភិបាលកម្ពុជា
ជាមួយមន្ទីរសុខាភិបាលកម្ពុជា <xiv>
ហើយអនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភាពសហប្រតិបត្តិការរវាងអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរសុខាភិបាលកម្ពុជា។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កម្រិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>quinidine sulfatate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នល់ឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងស្រីសោភ័ណ្ឌ
ជាមួយនឹងការណែនាំពីការប្រើប្រាស់ឱសថ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	Tier 4	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1260 PER 21 OVER TIME)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃសេវាឱសថនីមួយៗនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនីមួយៗ
 ជាមួយការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្លៃសេវាឱសថនីមួយៗនៅក្នុងក្របខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនីមួយៗ។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត់ត្រាបច្ចុប្បន្នថ្មីនៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg tab er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	Tier 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវបានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសង្កេតស្រាវជ្រាវ និងអ្នកស្រាវជ្រាវក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយថ្នាបច្ចុប្បន្នកំណត់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 3	
<i>verapamil hcl er (120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 3	PA
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអន្តរាគមន៍នៃថ្នាំឱសថទាំងនេះបាននៅក្នុងក្រុមការងារសុខាភិបាល៖
ជាយូរមកទៅការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	Tier 2	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 2	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់យើងតាមរយៈការទាក់ទងទៅក្នុងការងារ
ជាមួយបុគ្គលិករបស់យើង។ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការងាររបស់យើង។**

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្នាំឱសថ អ្វី (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	Tier 2	
<i>toremide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

អនុករណបសុវចនៃកំណត់ម្ចាស់សុខភាពអតិថិជនដែលបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់ការការពារដល់អតិថិជនរបស់ខ្លួន៖
ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់ដល់លិខិតប្រើប្រាស់ផ្តល់ដល់អតិថិជនរបស់ខ្លួនសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះគ្រឹះស្ថានផ្តល់ថ្លៃថ្នូរ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពស្របច្បាប់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថ
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)

អ្នកអាចសួរចំណុះកិច្ចការសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំឱសថស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CARDIOVASCULAR AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់ឬប្រភពផ្សេងៗ (ក្រិតូណា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (120 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin (0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.6 mg sl tab)</i>	Tier 3	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	Tier 3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តន៍យល់និងមិត្តភាពសុខាភិបាលនិងអ្នកសម្របសម្រួលការកំណត់ក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយូរមកទៅកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍ប្រើប្រាស់ឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារកំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាព។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រទេសឱសថ អ៊ី (អ៊ីតធីតា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab er 12h</i>	Tier 3	
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR (12 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 (1 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (42 PER 30 OVER TIME)
<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
INGREZZA (60 MG CAP, 80 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវឱសថនេះបាននៅទីកន្លែងណាមួយក្នុងចំណោមទីកន្លែងខាងក្រោម៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	Tier 5	PA, LA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
INGREZZA 40 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
AVONEX PEN 30 MCG/0.5ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
AVONEX PREFILLED 30 MCG/0.5ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិស្នាក់នៅអន្តរជាតិ និងអន្តរក្រសួងសម្រាប់ការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
EXTAVIA 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
PLEGRIDY (125 MCG/0.5ML SOLN PEN, 125 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PEN	Tier 5	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
REBIF (22 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 44 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5ML SOLN A-INJ, 44 MCG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 5	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)
REBIF TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSABRI 300 MG/15ML CONC	Tier 5	PA, LA

DENTAL AND ORAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្លៃឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករោចសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រសួងព្យាបាល និងអនុវត្តការងារក្នុងការកំណត់ថ្លៃឱសថ៖
 ជាយថ្ងៃនៃការកំណត់ថ្លៃ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

DENTAL AND ORAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ មុនី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>paroex 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបង្កប់ថ្នល់ឱសថ មុនី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>adapalene 0.1 % gel</i>	Tier 4	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>avita (0.025 % cream, 0.025 % gel)</i>	Tier 3	PA
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	Tier 4	
TAZORAC 0.05 % CREAM	Tier 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	Tier 3	PA

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គល្ហីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិទ្យាសាស្ត្រព្យាបាលជំងឺស្បែក និងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់
 ជាយថ្នល់ទីកំណត់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់សេចក្តីពន្យល់នេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រព្យឱសថ អូធី (អ៊ីតេឡាវ៉ា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការម៉ូធីមុន
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	Tier 2	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុភីពីអត្ថបទលំយន់នៃស៊ីតុស្តូស្ត្រូញញាតិកម្មសម្រាប់ការកំណត់សម្រាប់ការព្យាបាលនេះ
 ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំយន់នៃសម្រាប់ការកំណត់សម្រាប់ការព្យាបាលនេះ។

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	Tier 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % solution</i>	Tier 4	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	Tier 2	ST
<i>mometasone furoate 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	Tier 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	Tier 3	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % lotion</i>	Tier 3	
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 4	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តយល់ព្រមលើមតិសុំបញ្ជាក់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់ទឹក ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	Tier 4	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % cream, 5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	Tier 4	
OTZLA 30 MG TAB	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	
REGRANEX 0.01 % GEL	Tier 5	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
LINDANE 1 % SHAMPOO	Tier 4	
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថអតិបទ្រង់ឱសថនៃវិស័យគ្រួសារព្យាបាលអកុសរកាត់ស្រីកុនុខការពលនេះ
 ជាយច្ចុលទីកំរិតទី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លំអែបទ្រង់ថ្នាក់ឱសថសេកុដីពន្យល់នេះ។**

DERMATOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>clindamycin phosphate (1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution)</i>	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	Tier 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Tier 2	
SULFAMYLLON 85 MG/GM CREAM	Tier 4	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ អូធី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
AMINOSYN II 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
FREAMINE III 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្យាបាលនិងអភិបាលក្រសួងកំណត់កម្រិតថ្នាក់នៃ៖
ជាយថ្នូលទៅក្នុងកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងក្រសួងសុខាភិបាលនេះ។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ៊ី (អ៊ីតេប៊ុន)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con sprinkle (10 meq cap er, 8 meq cap er)</i>	Tier 2	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	Tier 4	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	Tier 4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភក្តិសុខភាពរបស់យើង និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្នាំថ្មី (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កម្រិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SYNTHAMIN 17 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
TRAVASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
clovique 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
deferasirox (180 mg tab, 250 mg tab sol, 360 mg tab, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	
deferasirox 90 mg tab	Tier 4	
trientine hcl 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
AURYXIA 1 GM 210 MG(Fe) TAB	Tier 4	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
calcium acetate (phos binder) (667 mg cap, 667 mg tab)	Tier 2	
calcium acetate 667 mg tab	Tier 2	
sevelamer carbonate 800 mg tab	Tier 3	
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	Tier 2	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	Tier 2	
SPS 15 GM/60ML SUSPENSION	Tier 2	
VELTASSA (16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET, 8.4 GM PACKET)	Tier 3	
VITAMINS		
dextrose (10 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	

អនុករណបសុវត្ថិភាពសុខភាពសិរីមោក្ខមាតុប្បញ្ញត្តិសុខាភិបាលអន្តរកម្មសុខាភិបាលកម្ពុជាសម្រាប់ការចាត់ទុកឱសថ៖
ជាយថ្នាបញ្ជាក់កំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមផ្នែកសុខាភិបាលសម្រាប់ឱសថ៖ ១

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
LACTATED RINGERS SOLUTION	Tier 4	
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	Tier 2	
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE (20-5 MEQ/L-% SOLUTION, 40-5 MEQ/L-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>tis-u-sol solution</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អនុ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថដែលបានកំណត់ដោយអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យពេទ្យសុខាភិបាលកម្ពុជា
 ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	Tier 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	Tier 3	
RELISTOR (12 MG/0.6ML SOLUTION, 8 MG/0.4ML SOLUTION)	Tier 5	PA
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរាងកាយដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>} ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
GATTEX 5 MG KIT	Tier 5	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	Tier 3	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
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)
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cimetidine hcl (300 mg/5ml solution, 400 mg/6.67ml solution)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nizatidine (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងសៀមរាប។
ជាមួយនឹងការកំណត់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

GASTROINTESTINAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 2	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	Tier 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (18 PER 1 DAYS)
CERDELGA 84 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLN	Tier 5	PA, LA

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញ់និងអកុសកោសន៍ក្នុងការព្យាបាល៖
ជាយថ្នាប្រយោជន៍កំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
CHOLBAM 250 MG CAP	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
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	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
ENDARI 5 GM PACKET	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>javygtor (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>miglustat 100 mg cap</i>	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
PROCYSBI (25 MG CAP DR, 75 MG CAP DR)	Tier 5	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺក្រហម និងជំងឺប្រឆាំងជំងឺក្រហម
ជាមួយការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
<i>yargesa 100 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
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 4	

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 4	
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលភូមិភាគកណ្តាលនៃក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសុខាភិបាលកម្ពុជា
ជាយថ្នាប្រតិបត្តិការសុខាភិបាលកម្ពុជា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

GENITOURINARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 2	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	Tier 4	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	Tier 5	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារពិភាក្សា និងអនុវត្តការងារក្នុងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>dexamethasone sodium phosphate (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dexamethasone sodium phosphate (120 mg/30ml solution, 20 mg/5ml solution, 4 mg/ml soln prsy, 4 mg/ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
HEMADY 20 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	ST
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 3	

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់នេះ។**

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
EGRIFTA 1 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
GENOTROPIN (12 MG CARTRIDGE, 5 MG CARTRIDGE)	Tier 5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	Tier 5	PA
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (10 MG/1.5ML SOLN CART, 5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្នុងប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ANABOLIC STEROIDS		
ANADROL-50 50 MG TAB	Tier 5	

អនុករោចសុវចន្តរាជក្រឹត្យស្តីពីការកំណត់ថ្លៃឱសថស្ថានសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជា
 ជាមួយនឹងការកំណត់ថ្លៃឱសថស្ថានសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជា <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអិចស៊ីស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>oxandrolone (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	
ANDROGENS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
ESTROGENS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភិព័អត្តស័យនៃវិធីសាស្ត្របញ្ជាញនិងអកុសរកាត់នូវកុនុខការពន្លះ
 ជាយច្ចុលទវកវនិទិវិ <xiv>
 ហ៊ីយអានការពនុយល់លែបវានផ្សងល់កុនុខសចេកុដីពនុយល់នៈ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទបទ្រង់ឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 2	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 2	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	Tier 2	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	Tier 4	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	

អ្នកអាចសួរចំណុះក្នុងការស្រាវជ្រាវអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាល និងអនុវត្តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖
ជាយថ្នាលទៅកាន់ទីកន្លែង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអេស)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 2	QL (8 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	

អនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថនីមួយៗដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ ត្រូវបានបញ្ជាក់ថា គឺជាឱសថដែលមានស្ថេរភាព និងមានប្រសិទ្ធភាព ក្នុងការប្រើប្រាស់ ដើម្បីព្យាបាលជំងឺ និងជំនួយដល់ការប្រើប្រាស់ ឱសថនេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 2	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំកំរិតថ្លៃសេវា និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយនឹងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃមិត្តភាពសហប្រតិបត្តិការរវាងអង្គការសុខភាពស្ត្រីកម្ពុជា និងមន្ទីរពេទ្យសុខាភិបាល
ជាមួយប្រព័ន្ធកែបសុខភាពស្ត្រីកម្ពុជា <xiv>
ហើយអនុវត្តការពង្រឹងសេវាសុខភាពស្ត្រីកម្ពុជាសម្រាប់ស្ត្រីកម្ពុជា។**

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

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំឱសថ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានសុវត្ថិភាពថ្នាំ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកម្មបច្ចុប្បន្នឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីអេសអិល)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 2	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.625 MG/GM CREAM, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	Tier 3	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	Tier 4	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	Tier 4	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 2	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	

អនុកម្មបច្ចុប្បន្ននៃកម្មវិធីសុខាភិបាលសុខភាពស្ត្រីអនុវត្តន៍យល់ដឹងមិត្តភក្តិស្ត្រីស្រី និងអនុស្សាវរីយ៍ស្ត្រីស្រីក្នុងតំបន់ភ្នំពេញ និងតំបន់ជុំវិញ៖
ជាយថ្នាលទីកំណត់ទី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបច្ចុប្បន្នឱសថអន្តរកម្ម (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 2	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 2	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 2	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 2	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 2	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zarah 3-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 2	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 2	
PROGESTINS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	

អនុករោចសុវចន្ត័យនីស្តិយាសុភិក្ខុវិស្វកម្មសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអនុស្សន្ទីរសុខាភិបាលស្រុកស្រះស្តុក
 ជាយថ្ងៃនេះ។
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងកញ្ចប់ថ្នាំ។

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្កប់ថ្នាំឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាំ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 4	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	Tier 5	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 2	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	Tier 2	

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសហប្រតិបត្តិការសុខាភិបាល
ជាមួយទីភ្នាក់ងារសុខាភិបាល <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

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

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុកតិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rалoxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថអនុកតិបទប្រចាំថ្ងៃឱសថ
 ជាយថ្ងៃទីកំរិតថ្នាក់ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 2	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	Tier 5	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	Tier 4	
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្មសុខាភិបាលស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិធានការចាំបាច់នៃអង្គការសុខាភិបាលកម្ពុជា និងអង្គការសុខាភិបាលជាតិ។
ជាមួយនឹងការកំណត់ទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	Tier 5	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	
TRELSTAR MIXJECT (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបង្គាប់ថ្នល់ឱសថ អូធី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភិព័កតុបល័យនៃវិធីសាស្ត្រសុព្វញ្ញាណិកអកុសរកាត់នាំកុនុខតារាណនេះ
 ជាយចូលទៅក្នុងទំព័រ ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមទៀតក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អុឺ (អ៊ីតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM (10 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
FLEBOGAMMA DIF (0.5 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (10 GM RECON SOLN, 5 GM RECON SOLN)	Tier 5	PA
GAMMAKED (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
GAMMAPLEX (10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
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

អ្នកអាចស្រង់ទម្រង់ឱសថស្ថានសុទ្ធដែលមានលើកិច្ចសន្យាព្រឹត្តិការណ៍អន្តរកម្មសេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 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
PRIVIGEN (10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BEYFORTUS (100 MG/ML SOLN PRSYR, 50 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 4	
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN PEN, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN PEN, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OTEZLA 10 & 20 & 30 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 5	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំសម្រាប់ជំងឺស្រាវជ្រាវស្រាវជ្រាវ និងអនុវត្តការដាក់កំហិតក្នុងការព្យាបាល៖
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអតិបទប្បទានឱសថ អន្តរជាតិ (អ៊ីនតឺណាត់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
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 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
INTRON A (10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN, 6000000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 5	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine 50 mg/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករណីសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានរាយនាមខាងលើនេះ
 ជាយុទ្ធសាស្ត្រការពារជំងឺ <xiv>
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទឱសថ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMIRA (10 MG/0.1ML PEF SY KT, 20 MG/0.2ML PEF SY KT)	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) (40 MG/0.4ML PEN KIT, 40 MG/0.8ML PEN KIT)	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 SYRINGE) 40 MG/0.8ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA 40 MG/0.4ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 80 MG/0.8ML PEF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN 80 MG/0.8ML PEN KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML PEN KIT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	Tier 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់៖
ជាយូរមកហើយការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ៖

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	Tier 5	PA, QL (12 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 40 MG/0.8ML PEN KIT	Tier 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methotrexate sodium (1 gm recon soln, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរាងកាយ និងជំងឺប្រព័ន្ធភ្នាក់កណ្តាល
ជាមួយប្រព័ន្ធការពារជំងឺ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរាងកាយ និងជំងឺប្រព័ន្ធភ្នាក់កណ្តាល។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VACCINES		
ABRYVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	Tier 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 4	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC

**អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានសុវត្ថិភាពអនុវត្តយល់ដឹងមិត្តភក្តិព្រះព្រះនិងអកុសកោតនូវកុនុខការពលៈ
ជាយចូលទៅកាន់ទំព័រ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់ដល់វេបសាយផ្តល់កុនុខសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុករណីរបស់ប្រទេសកម្ពុជា (អ៊ីនធឺណេត)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL INJECTABLE	Tier 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	Tier 4	
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI SOLUTION	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC

**អនុករណីសុវត្ថិភាពសុខាភិបាលស្តីពីអត្រាចំណាយលើថ្នាំគ្រប់គ្រងជំងឺក្នុងប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងគ្រួសារនៃក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា
ជាមួយប្រទេសកម្ពុជា <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងផ្នែកសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

IMMUNOLOGICAL AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្នឱសថ អនុសាសន៍ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	Tier 3	VAC
YF-VAX INJECTABLE	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអនុសាសន៍បច្ចុប្បន្នឱសថ អនុសាសន៍ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 2	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1000 mg suppos</i>	Tier 4	

អនុករណបសុវចន្តរក្សាសុភមង្គលសុខភាពអ្នកជំងឺឱសថស្ថានព្យាបាលអនុសាសន៍ក្នុងក្របខណ្ឌនៃ
យោងទៅលើការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
យោងទៅលើការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ ។

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃសេវា អុធិ (កំរិតថ្លៃសេវា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	Tier 2	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
GLUCOCORTICIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>colocort 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃសេវា អុធិ (កំរិតថ្លៃសេវា)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl 90 mg tab</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

អនុករោចសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារពិភាក្សាសម្រេចអំពីការកំណត់ថ្លៃសេវា និងបទប្បញ្ញត្តិថ្លៃសេវា
ជាមួយបុគ្គលិកសេវាផ្សេងៗទៀត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap, 4 mcg/2ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	Tier 5	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
NATPARA (100 MCG CARTRIDGE, 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	

អនុករោចសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំស្នើសុំអនុវត្តន៍យល់ព្រមឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលអនុម័តការដាក់កំហិត និងការកំណត់លីការប្រើប្រាស់
ជាមួយនឹងការកំណត់លីការប្រើប្រាស់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	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 2	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
<i>argyle sterile water solution</i>	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 2	
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 2	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 2	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ
ជាយថ្នូរទៅកាន់ទំនិញ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កំរិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 2	
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 2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.3 ML MISC, X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
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 2	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 2	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 2	
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 2	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	

**អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តលើយល់ព្រមពីគុណភាពនិងអនុសាសន៍សម្រាប់ការប្រើប្រាស់
ជាយថ្នាបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះ។**

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកតិកាបច្ចុប្បន្នថ្មីសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិការប្រើប្រាស់
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 2	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	Tier 2	
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	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 2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 2	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	

អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានសុខភាពអ្នកជំងឺអត់ថ្លៃនៅទីកន្លែងប្រើប្រាស់របស់យើងក្នុងប្រព័ន្ធប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធប្រើប្រាស់
ជាមួយទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនកត្តាបំបាត់ថ្លៃឱសថ អុធិ (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
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 2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 2	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

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

អនុករោចសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុំអនុម័តយល់ព្រមផ្តល់ការបញ្ជាក់លើអត្តសញ្ញាណនិងអត្តសញ្ញាណកម្មនៃកម្មសារពើពន្ធនៃក្រុមហ៊ុន
ជាយចូលទៅកាន់ទី ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លំអិតបន្ថែមផ្តល់ក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតនៃបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ មុនី (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 4	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	

អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំពេទ្យក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>olopatadine hcl 0.2 % solution</i>	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	Tier 2	
<i>gentamicin sulfat 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000- 0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	
<i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)</i>	Tier 3	

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព
ជាមួយនឹងការកំណត់ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះកម្រិតបង្គាប់ថ្លៃឱសថ អន្តរជាតិ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 2	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.25 % solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)

**អនុករណ៍សុខាភិបាលស្ថិតិអន្តរជាតិយល់ព្រមឱ្យក្រុមការងារព្យាបាលអន្តរជាតិស្រាវជ្រាវ
ជាមួយទីក្រុងភ្នំពេញ <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។**

OPHTHALMIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អថិ (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អថិ (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
OTIC AGENTS		
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	Tier 4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

អនុករណបសុវចនៈក្រសួងសុខាភិបាលសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ
 ជាមួយនឹងការគាំទ្រពី ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអតិថិជនបច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMINES		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>azelastine hcl 0.15 % solution</i>	Tier 3	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution</i>	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast sodium (10 mg tab, 4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	QL (25.8 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

**អនុករណ៍សុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញសុំអនុម័តលើលិខិតប្រើប្រាស់ឱសថកម្រិតខ្ពស់ និងអនុសាសន៍កំណត់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំឱសថ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	Tier 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

អ្នកអាចសួរចំណុះកម្រិតថ្នាំឱសថពីអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រុងសៀមរាប។
ជាមួយនឹងការណែនាំពី <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈមុនក្លីបដំបូងឱសថ មុនី (កំរិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SYMDEKO (100-150 & 150 MG TAB THPK, 50-75 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

អនុករណបសុវចនៃកំរិតថ្នាក់ឱសថដែលបានកំណត់ដោយក្រុមការងារសុខាភិបាលក្រុងភ្នំពេញ និងអនុសាសន៍ពីគ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយនឹងការកំណត់លិខិតប្រើប្រាស់ថ្នាំ ^{<xiv>}
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីបទដ្ឋានថ្លៃសេវា អ្នក (កម្រិតថ្លៃ)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 125 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (270 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 28 DAYS)

**អ្នកអាចស្រាវជ្រាវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃសេវា និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ
ជាមួយទំនាក់ទំនង <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមអំពីថ្លៃសេវា និងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។**

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	លម្អិតអំពីប្រភេទថ្នាំថ្នល់ឱសថ អ៊ី (កំរិតថ្នល់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyndra (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

**អនុករណ៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្នល់ឱសថ
ជាមួយប្រព័ន្ធកំណត់កំហិត <xiv>
ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំថ្នល់ឱសថ។**

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

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

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះក្លែនប្រើប្រាស់ (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
SLEEP PROMOTING AGENTS		
<i>estazolam (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

អនុករោចសុវចន្ត្រៃក្រឹត្យាសុភីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃវិស័យសុខាភិបាលក្នុងការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
 ជាយថ្នាប្រយោជន៍ក្រសួងសុខាភិបាល ^{<xiv>}
 ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសេចក្តីពន្យល់នេះ។

SLEEP DISORDER AGENTS

ឈ្មោះឱសថ	ឈ្មោះអ្នកលក់បច្ចុប្បន្នឱសថ អ្នក (កម្រិតថ្នាក់)	វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

**អ្នកអាចសុំថ្លៃកាត់បន្ថយបានស្របតាមការវាយតម្លៃសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ
ជាយូរមក។ ការកាត់បន្ថយថ្លៃនេះអាចមានលក្ខណៈបណ្តោះអាសន្ន។**

ហើយអានការពន្យល់លម្អិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងសៀវភៅព័ត៌មានរបស់យើង។

លិខិតឈ្មោះថ្នាំសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាល

A

abacavir sulfate	53	albuterol sulfate	128
abacavir sulfate-lamivudine	53	alclometasone dipropionate	82,94
abacavir-lamivudine-zidovudine	53	ALCOHOL 70% PADS	118
ABELCET	24	ALCOHOL PREP	118
ABILIFY ASIMTUFII	46	ALCOHOL PREP PADS	119
ABILIFY MAINTENA	46	ALCOHOL SWABSTICK	119
abiraterone acetate	29	alcohol wipes	119
ABRYSVO	114	ALDURAZYME	91
acamprosate calcium	5	ALECENSA	34
acarbose	59	alendronate sodium	117
accutane	81	alfuzosin hcl er	93
acebutolol hcl	68	aliskiren fumarate	71
acetaminophen-codeine	2	allopurinol	26
acetazolamide	71	alosetron hcl	89
acetazolamide er	125	alprazolam	57
acetic acid	7	altavera	97
acetylcysteine	130	ALUNBRIG	34,35
acitretin	81	alyacen 1/35	97
ACTHIB	114	alyacen 7/7/7	97
ACTIMMUNE	111	alyq	130
acyclovir	57,84	amantadine hcl	44
acyclovir sodium	57	ambrisentan	130
ADACEL	114	amikacin sulfate	6
adapalene	81	amiloride hcl	74
adefovir dipivoxil	51	amiloride-hydrochlorothiazide	71
ADEMPAS	129	AMINOSYN II	85
ADVAIR HFA	130	amiodarone hcl	68
afirmelle	97	amitriptyline hcl	22
AIMOVIG	26	amlodipine besy-benazepril hcl	71
ak-poly-bac	122	amlodipine besylate	69
AKEEGA	30	amlodipine besylate-valsartan	71
ala-cort	82	amlodipine-olmesartan	71
albendazole	43	amlodipine-valsartan-hctz	71
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	128	ammonium lactate	82
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	128	amnesteem	81
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	128	amoxapine	22
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	128	amoxicillin	10
		amoxicillin-pot clavulanate	10
		amphetamine-dextroamphet er	77
		amphetamine-dextroamphetamine	77
		AMPHOTERICIN B	24
		amphotericin b liposome	24
		ampicillin	10

ampicillin sodium	10	AURYXIA	87
ampicillin-sulbactam sodium	10	AUSTEDO	78
ANADROL-50	96	AUSTEDO XR	78
anagrelide hcl	64	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	78
anastrozole	34	AUVELITY	19
ANORO ELLIPTA	130	aviane	97
apomorphine hcl	45	avidoxy	13
apraclonidine hcl	125	avita	81
aprepitant	23	AVONEX PEN	79
APRETUDE	52	AVONEX PREFILLED	79
apri	97	ayuna	97
APTIOM	17	AYVAKIT	30
APTIVUS	55	azathioprine	111
AQ INSULIN SYRINGE	119	AZATHIOPRINE SODIUM	111
AQINJECT PEN NEEDLE	119	azelastine hcl	123,127
ARALAST NP	91	azithromycin	11
aranelle	97	AZITHROMYCIN	11
ARANESP (ALBUMIN FREE)	64,65	aztreonam	7
ARCALYST	110	azurette	98
AREXVY	114		
argyle sterile water	119	B	
aripiprazole	47	bac	78
ARISTADA	47	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	122
ARISTADA INITIO	47	BACITRACIN	124
armodafinil	132	bacitracin-polymyxin b	123
asenapine maleate	47	baclofen	50
aspirin-dipyridamole er	65	BACLOFEN	50
atazanavir sulfate	55	balsalazide disodium	116
atenolol	68	BALVERSA	35
atenolol-chlorthalidone	71	balziva	98
atomoxetine hcl	78	BAQSIMI ONE PACK	61
atorvastatin calcium	74	BAQSIMI TWO PACK	61
atovaquone	43	BARACLUDGE	51
atovaquone-proguanil hcl	43	BCG VACCINE	114
atropine sulfate	122	BD INSULIN SYRINGE	119
ATROVENT HFA	127	BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM	
aubra	97	MISC	119
aubra eq	97	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM	
AUGTYRO	30	MISC	119
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	119	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM	
AUM PEN NEEDLE	119	MISC	119
aurovela 1.5/30	97	BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM	
aurovela 1/20	97	MISC	119
aurovela fe 1.5/30	97	bekyree	98
aurovela fe 1/20	97	benazepril hcl	67

benazepril-hydrochlorothiazide	71	bumetanide	73
BENLYSTA	110	buprenorphine hcl	5
BENZNIDAZOLE	43	buprenorphine hcl-naloxone hcl	5
benztropine mesylate	44	bupropion hcl	19
BESIVANCE	12	bupropion hcl er (smoking det)	6,19
BESREMI	31	bupropion hcl er (sr)	20
betaine	91	bupropion hcl er (xl)	20
betamethasone dipropionate	82,94	buspironone hcl	57
betamethasone dipropionate aug	82,94	butalbital-apap-caff-cod	2
betamethasone valerate	82	butalbital-apap-caffeine	78
BETASERON	79	BYLVAY	91
betaxolol hcl	68,125	BYLVAY (PELLETS)	91
bethanechol chloride	94		
BEVESPI AEROSPHERE	130	C	
bexarotene	42,43	CABENUVA	54
BEXSERO	114	cabergoline	107
BEYFORTUS	110	CABOMETYX	35
bicalutamide	29	calcipotriene	83
BICILLIN L-A	10	calcitonin (salmon)	117
BIKTARVY	52	calcitrene	83
bimatoprost	126	calcitriol	117
BIOGUARD GAUZE SPONGES	119	CALCITRIOL	117
bisoprolol fumarate	68	calcium acetate	87
bisoprolol-hydrochlorothiazide	71	calcium acetate (phos binder)	87
BIVIGAM	109	CALQUENCE	35
blisovi fe 1.5/30	98	camila	104
blisovi fe 1/20	98	candesartan cilexetil	66
BOOSTRIX	114	candesartan cilexetil-hctz	72
bosentan	130	CAPLYTA	47
BOSULIF	35	CAPRELSA	35
BRAFTOVI	35	captopril	67
BREO ELLIPTA	131	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	72
breynd	131	carbamazepine	17
BREZTRI AEROSPHERE	131	carbamazepine er	17
briellyn	98	carbidopa	45
BRILINTA	65	carbidopa-levodopa	45
brimonidine tartrate	125	carbidopa-levodopa er	45
brimonidine tartrate-timolol	123	carbidopa-levodopa-entacapone	45
brinzolamide	125	CARETOUCH ALCOHOL PREP	119
BRIVIACT	14	carglumic acid	85
bromocriptine mesylate	45	carisoprodol	132
BRUKINSA	31	CARTEOLOL HCL	125
budesonide	117,127	cartia xt	70
budesonide er	117	carvedilol	68
budesonide-formoterol fumarate	131	casprofungin acetate	24

cataflam.....	1	citalopram hydrobromide.....	20
CAYSTON.....	129	claravis.....	81
caziant.....	98	CLARITHROMYCIN.....	11
CEFACLOR.....	9	clarithromycin.....	12
cefadroxil.....	9	clarithromycin er.....	12
cefazolin sodium.....	9	clindacin etz.....	7
cefdinir.....	9	clindacin-p.....	7
cefepime hcl.....	9	clindamycin hcl.....	7
cefixime.....	9	clindamycin palmitate hcl.....	7
CEFOTAXIME SODIUM.....	9	clindamycin phosphate.....	7,85
cefotetan disodium.....	9	clindamycin phosphate in d5w.....	7
cefoxitin sodium.....	9	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	7
cefpodoxime proxetil.....	9	clobazam.....	16
cefprozil.....	9	clobetasol prop emollient base.....	82,94
ceftazidime.....	9	clobetasol propionate.....	82
ceftriaxone sodium.....	9	clobetasol propionate e.....	94
cefuroxime axetil.....	10	clomipramine hcl.....	22
cefuroxime sodium.....	10	clonazepam.....	57
celecoxib.....	1	clonidine.....	66
cephalexin.....	10	clonidine hcl.....	66
CERDELGA.....	91	clonidine hcl er.....	78
CEREZYME.....	91	clopidogrel bisulfate.....	65
chateal.....	98	clorazepate dipotassium.....	58
chateal eq.....	98	clotrimazole.....	24
chlorhexidine gluconate.....	80	clotrimazole-betamethasone.....	83,84
chloroquine phosphate.....	43	clovique.....	87
chlorpromazine hcl.....	46	clozapine.....	50
chlorthalidone.....	74	COARTEM.....	44
CHOLBAM.....	92	CODEINE SULFATE.....	2,3
cholestyramine.....	75	codeine sulfate.....	2
cholestyramine light.....	75	colchicine.....	26
ciclodan.....	84	colchicine-probenecid.....	26
ciclopirox.....	84	colesevelam hcl.....	75
ciclopirox olamine.....	24	colestipol hcl.....	75
cilostazol.....	65	colistimethate sodium (cba).....	7
CILOXAN.....	12	colocort.....	117
CIMDUO.....	53	COMBIVENT RESPIMAT.....	131
cimetidine.....	90	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	35
cimetidine hcl.....	90	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	35
cinacalcet hcl.....	117	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	35
ciprofloxacin.....	12	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	119
ciprofloxacin hcl.....	12	COMPLERA.....	52
CIPROFLOXACIN HCL.....	12,126	compro.....	23
ciprofloxacin in d5w.....	12	constulose.....	88
ciprofloxacin-dexamethasone.....	126	COPIKTRA.....	36

CORLANOR.....	72	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	105
CORTISONE ACETATE.....	94	depo-testosterone.....	97
CORTISPORIN-TC.....	126	DERMOTIC.....	126
CORTROPHIN.....	94	DESCOVY.....	53
COTELLIC.....	36	desipramine hcl.....	22
CREON.....	92	desmopressin ace spray refrig.....	96
CRESEMBA.....	24	desmopressin acetate.....	96
CRIXIVAN.....	55	desmopressin acetate pf.....	96
cromolyn sodium.....	92,123,129	desmopressin acetate spray.....	96
cryselle-28.....	98	desogestrel-ethinyl estradiol.....	98
CRYSVITA.....	85	desonide.....	82
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	119	desoximetasone.....	82
cvs isopropyl alcohol wipes.....	119	desvenlafaxine succinate er.....	21
cyclafem 1/35.....	98	dexamethasone.....	94
cyclafem 7/7/7.....	98	dexamethasone sod phosphate pf.....	94
cyclobenzaprine hcl.....	132	dexamethasone sodium phosphate.....	95
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	28	DEXAMETHASONE SODIUM	
cyclosporine.....	111	PHOSPHATE.....	124
cyclosporine modified.....	111	dexmethylphenidate hcl.....	78
cyproheptadine hcl.....	127	dextroamphetamine sulfate.....	77
cyred.....	98	dextroamphetamine sulfate er.....	77
cyred eq.....	98	dextrose.....	87
CYSTAGON.....	92	dextrose in lactated ringers.....	87
CYSTARAN.....	92	dextrose-sodium chloride.....	88
		DIACOMIT.....	14
D		diazepam.....	16,58
dabigatran etexilate mesylate.....	63	DIAZEPAM.....	16
dalfampridine er.....	79	diazepam intensol.....	58
danazol.....	97	diazoxide.....	61
dantrolene sodium.....	50	diclofenac potassium.....	1
dapsone.....	27	diclofenac sodium.....	1,84,124
DAPTACEL.....	114	diclofenac sodium er.....	1
daptomycin.....	7	dicloxacillin sodium.....	11
darunavir.....	55	dicyclomine hcl.....	90
dasetta 1/35.....	98	DIDANOSINE.....	53
dasetta 7/7/7.....	98	DIFICID.....	12
DAURISMO.....	36	diflunisal.....	1
deblitane.....	104	digitek.....	72
decadron.....	94	digox.....	72
deferasirox.....	87	digoxin.....	72
DELSTRIGO.....	52	dihydroergotamine mesylate.....	26
delyla.....	98	DILANTIN.....	17
DENGVAXIA.....	114	DILANTIN INFATABS.....	17
DEPO-ESTRADIOL.....	98	dilt-xr.....	70
DEPO-PROVERA.....	104	diltiazem hcl.....	70

diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	70
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	70
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	70
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	70
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	70
diltiazem hcl er	70
diltiazem hcl er beads	70
dimethyl fumarate	79
dimethyl fumarate starter pack	79
diphenoxylate-atropine	89
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	89
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	114
dipyridamole	65
disulfiram	5
divalproex sodium	14
divalproex sodium er	14
dofetilide	68
donepezil hcl	19
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	19
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	19
dorzolamide hcl	125
dorzolamide hcl-timolol mal	123
dotti	98
DOVATO	52
doxazosin mesylate	66
doxepin hcl	22
doxercalciferol	118
doxy 100	13
doxycycline hyclate	13
doxycycline monohydrate	13
DRIZALMA SPRINKLE	79
dronabinol	23
DROPLET MICRON	120
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	120
drospirenone-ethinyl estradiol	98,99
DROXIA	30
droxidopa	66
duloxetine hcl	79

DUPIXENT	110
dutasteride	93

E

E.E.S. 400	12
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	120
EASY COMFORT PEN NEEDLES	120
ec-naproxen	1
econazole nitrate	24
EDURANT	52
EFAVIRENZ	52
efavirenz	52
efavirenz-emtricitab-tenofo df	52
efavirenz-lamivudine-tenofovir	52
EGRIFTA	96
EGRIFTA SV	96
elinest	99
ELIQUIS	63
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	63
eluryng	99
EMBRACE PEN NEEDLES	120
EMCYT	30
emoquette	99
EMSAM	20
emtricitabine	53
emtricitabine-tenofovir df	53
EMTRIVA	53
enalapril maleate	67
enalapril-hydrochlorothiazide	72
ENBREL	112
ENBREL SURECLICK	112
ENDARI	92
endocet	3
ENGERIX-B	114
enilloring	99
enoxaparin sodium	63,64
enpresse-28	99
enskyce	99
entacapone	45
entecavir	51
ENTRESTO	72
enulose	89
ENVARUSUS XR	112
EPCLUSA	51
EPIDIOLEX	14

epinephrine	128	FANAPT	47
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	128	FANAPT TITRATION PACK	47
epitol	18	FARXIGA	59
EPIVIR HBV	51	felbamate	14
eplerenone	74	felodipine er	69
EPRONTIA	14	femynor	99
EPROSARTAN MESYLATE	67	fenofibrate	74
ERIVEDGE	36	fenofibrate micronized	74
ERLEADA	29	fenofibric acid	74
erlotinib hcl	36	fentanyl	2
errin	105	fentanyl citrate	3
ertapenem sodium	11	FETZIMA	21
ERY	85	FETZIMA TITRATION	21
erythrocin lactobionate	12	finasteride	94
erythromycin	85,124	fingolimod hcl	80
erythromycin base	12	FINTEPLA	14
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE	12	FIRMAGON	107
erythromycin lactobionate	12	FIRMAGON (240 MG DOSE)	107
escitalopram oxalate	21	FLEBOGAMMA DIF	109
estarylla	99	flecainide acetate	68
estazolam	132	fluconazole	25
estradiol	99	fluconazole in sodium chloride	25
ESTRING	99	flucytosine	25
eszopiclone	132	fludrocortisone acetate	95
ethambutol hcl	28	flunisolide	127
ethosuximide	16	fluocinolone acetonide	82
ethynodiol diac-eth estradiol	99	fluocinolone acetonide body	82
etodolac	1	fluocinolone acetonide scalp	82
etodolac er	1	fluocinonide	82
etonogestrel-ethinyl estradiol	99	fluocinonide emulsified base	82
etravirine	53	fluorometholone	124
euthyrox	106	fluorouracil	84
everolimus	36,112	fluoxetine hcl	21
EVOTAZ	55	FLUOXETINE HCL	21
exemestane	34	fluphenazine decanoate	46
EXKIVITY	31	FLUPHENAZINE HCL	46
EXTAVIA	80	flurbiprofen	1
ezetimibe	75	FLURBIPROFEN SODIUM	124
ezetimibe-simvastatin	75	flutamide	29
		fluticasone propionate	83,127
		fluticasone-salmeterol	131
		FLUTICASONE-SALMETEROL	131
		fluvastatin sodium	74
		fluvastatin sodium er	74
		flvoxamine maleate	21
F			
falmina	99		
famciclovir	57		
famotidine	90		

fondaparinux sodium	64	glipizide er	59
FORTEO	118	glipizide xl	59
fosamprenavir calcium	55	glipizide-metformin hcl	59
fosinopril sodium	67	GLUCAGEN HYPOKIT	61
fosinopril sodium-hctz	72	GLUCAGON EMERGENCY	61
FOTIVDA	31	glyburide	59
FREAMINE III	85	GLYBURIDE MICRONIZED	59
FRUZAQLA	36	glyburide-metformin	59
fulvestrant	30	glycopyrrolate	90
furosemide	73	GLYXAMBI	59
FUROSEMIDE	73	GOLYTELY	90
FUZEON	54	granisetron hcl	23
fyavolv	99	griseofulvin microsize	25
FYCOMPA	14	griseofulvin ultramicrosize	25

G

gabapentin	16
GAMMAGARD	109
GAMMAGARD S/D LESS IGA	109
GAMMAKED	109
GAMMAPLEX	109
GAMUNEX-C	109
GARDASIL 9	114
GATTEX	90
gauze pads 2	120
GAVILYTE-C	90
gavilyte-g	90
gavilyte-n with flavor pack	89
GAVRETO	36
gefitinib	36
gemfibrozil	74
GEMTESA	93
generlac	89
gengraf	112
GENOTROPIN	96
GENOTROPIN MINIQUICK	96
GENTAK	124
gentamicin sulfate	6,124
GENVOYA	52
gianvi	100
GILOTRIF	36
glatiramer acetate	80
GLEOSTINE	28
glimepiride	59
glipizide	59

GUANIDINE HCL	27
---------------	----

H

HAEGARDA	108
hailey 1.5/30	100
hailey fe 1.5/30	100
hailey fe 1/20	100
halobetasol propionate	83
haloette	100
haloperidol	46
haloperidol decanoate	46
haloperidol lactate	46
HARVONI	51
HAVRIX	114
heather	105
HEMADY	95
heparin sodium (porcine)	64
heparin sodium (porcine) pf	64
HEPATAMINE	85
HEPLISAV-B	114
HIBERIX	115
HIZENTRA	110
HUMALOG	61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61
HUMALOG KWIKPEN	61
HUMALOG MIX 50/50	61
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	62
HUMALOG MIX 75/25	62
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	62

HUMIRA.....	112	imipenem-cilastatin.....	11
HUMIRA (2 PEN).....	112	imipramine hcl.....	22
HUMIRA (2 SYRINGE).....	112	imiquimod.....	84
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....	112	IMOVAX RABIES.....	115
HUMIRA PEN.....	112	incassia.....	105
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	112	INCRELEX.....	96
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	112	indapamide.....	74
HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT STARTER.....	112	indomethacin.....	1
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	113	INFANRIX.....	115
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER.....	113	INGREZZA.....	78,79
HUMULIN 70/30.....	62	INLYTA.....	37
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	62	INQOVI.....	30
HUMULIN N.....	62	INREBIC.....	31
HUMULIN N KWIKPEN.....	62	INSULIN LISPRO.....	62
HUMULIN R.....	62	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	62
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	62	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	62
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	62	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	62
hydralazine hcl.....	76	INSULIN PEN NEEDLES.....	120
hydrochlorothiazide.....	74	INSULIN PEN NEEDLES.....	120
hydrocodone-acetaminophen.....	3	INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	120
hydrocortisone.....	83,117	INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	120
hydrocortisone (perianal).....	83	INSULIN SYRINGE 1 ML.....	120
hydrocortisone butyrate.....	83,95	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	120
hydrocortisone valerate.....	83,95	INSUPEN PEN NEEDLES.....	120
hydrocortisone-acetic acid.....	126	INTELENCE.....	53
hydromorphone hcl.....	3	INTRALIPID.....	85
hydroxychloroquine sulfate.....	44	INTRON A.....	111
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.....	105	introvale.....	100
hydroxyurea.....	30	INVEGA HAFYERA.....	47
hydroxyzine hcl.....	127	INVEGA SUSTENNA.....	47,48
		INVEGA TRINZA.....	48
I		IPOL.....	115
ibandronate sodium.....	118	ipratropium bromide.....	127,128
IBRANCE.....	37	ipratropium-albuterol.....	131
ibu.....	1	irbesartan.....	67
ibuprofen.....	1	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	72
icatibant acetate.....	108	ISENTRESS.....	52
iclevia.....	100	ISENTRESS HD.....	52
ICLUSIG.....	37	isibloom.....	100
icosapent ethyl.....	75	isoniazid.....	28
IDHIFA.....	31	ISONIAZID.....	28
ILARIS.....	110	isopropyl alcohol.....	120
ILEVRO.....	124	isopropyl alcohol wipes.....	121
imatinib mesylate.....	37	isosorbide dinitrate.....	76
IMBRUVICA.....	37	isosorbide mononitrate.....	76

isosorbide mononitrate er	76
isotretinoin	81
itraconazole	25
ivermectin	43
IWILFIN	121
IXCHIQ	115
IXIARO	115

J

JAKAFI	37
jantoven	64
JANUMET	59
JANUMET XR	59
JANUVIA	59
JARDIANCE	59
jasmiel	100
javygtor	92
JAYPIRCA	37
jencycla	105
JENTADUETO	59
JENTADUETO XR	60
jinteli	100
jolessa	100
juleber	100
JULUCA	52
junel 1.5/30	100
junel 1/20	100
junel fe 1.5/30	100
junel fe 1/20	100
JYNNEOS	115

K

kalliga	100
KALYDECO	129
kariva	100
kcl in dextrose-nacl	85
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	88
kelnor 1/35	100
kelnor 1/50	100
KEPIVANCE	80
KERENDIA	60
ketoconazole	25
ketorolac tromethamine	124
KINRIX	115
kionex	87

KISQALI (200 MG DOSE)	37
KISQALI (400 MG DOSE)	37
KISQALI (600 MG DOSE)	38
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	31
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	31
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	31
klor-con	86
klor-con 10	86
klor-con m10	86
klor-con m15	86
klor-con m20	86
klor-con sprinkle	86
KOSELUGO	31
kourzeq	81
KRAZATI	31
kurvelo	100

L

labetalol hcl	69
lacosamide	18
LACTATED RINGERS	88
lactated ringers	88
lactulose	89
lactulose encephalopathy	89
LAGEVRIO	121
lamivudine	51,53,54
lamivudine-zidovudine	54
lamotrigine	14
LANREOTIDE ACETATE	107
lansoprazole	91
LANTUS	62
LANTUS SOLOSTAR	62
lapatinib ditosylate	38
larin 1.5/30	100
larin 1/20	100
larin fe 1.5/30	100
larin fe 1/20	100
larissia	100
latanoprost	126
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	51
leena	100
leflunomide	113
lenalidomide	29
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	38
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	38

LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	38	lithium carbonate er	58
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	38	lo-zumandimine	101
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	38	loestrin 1.5/30 (21)	101
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	38	loestrin 1/20 (21)	101
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	38	loestrin fe 1.5/30	101
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	38	loestrin fe 1/20	101
lessina	100	LONSURF	32
letrozole	34	loperamide hcl	89
leucovorin calcium	31	lopinavir-ritonavir	55
LEUKERAN	28	lorazepam	58
leuprolide acetate	107	lorazepam intensol	58
levalbuterol hcl	128	LORBRENA	38
LEVALBUTEROL TARTRATE	128	lorcet	3
levetiracetam	14	lorcet hd	3
levetiracetam er	15	lorcet plus	3
levo-t	106	loryna	101
LEVOBUNOLOL HCL	125	losartan potassium	67
levocarnitine	88	losartan potassium-hctz	72
levocetirizine dihydrochloride	127	loteprednol etabonate	124
levofloxacin	12	lovastatin	74
LEVOFLOXACIN	124	low-ogestrel	101
levofloxacin in d5w	12	loxapine succinate	46
levonest	101	lubiprostone	89
levonorg-eth estrad triphasic	101	LUMAKRAS	32
levonorgest-eth estrad 91-day	101	LUMIGAN	126
levonorgestrel-ethinyl estrad	101	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	107
levora 0.15/30 (28)	101	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	107
levothyroxine sodium	106	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	107
levoxyl	106	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	107
LEXIVA	55	lurasidone hcl	48
lidocaine	4	lutura	101
lidocaine hcl	4	LYBALVI	20
lidocaine viscous hcl	4	lyleq	105
lidocaine-prilocaine	5	lyllana	101
lidocan	5	LYNPARZA	38
lillow	101	LYSODREN	32
LINDANE	84	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	39
linezolid	8	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	39
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	8	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	39
LINZESS	89	lyza	105
liothyronine sodium	106		
lisinopril	67	M	
lisinopril-hydrochlorothiazide	72	M-M-R II	115
lithium	58	magnesium sulfate	86
lithium carbonate	58	malathion	84

MAPROTILINE HCL.....	20	methylprednisolone sodium succ.....	95
maraviroc.....	54	metoclopramide hcl.....	23
marlissa.....	101	metolazone.....	74
MARPLAN.....	20	metoprolol succinate er.....	69
MATULANE.....	28	metoprolol tartrate.....	69
matzim la.....	70	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	72
MAVYRET.....	51	metronidazole.....	8
meclizine hcl.....	23	metyrosine.....	72
medpura alcohol pads.....	121	mexiletine hcl.....	68
medroxyprogesterone acetate.....	105	micafungin sodium.....	25
mefloquine hcl.....	44	MICONAZOLE 3.....	25
megestrol acetate.....	105	microgestin 1.5/30.....	101
MEKINIST.....	39	microgestin 1/20.....	101
MEKTOVI.....	39	microgestin fe 1.5/30.....	101
meloxicam.....	1	microgestin fe 1/20.....	102
memantine hcl.....	19	midodrine hcl.....	66
memantine hcl er.....	19	mifepristone.....	95
MENACTRA.....	115	MIGERGOT.....	26
MENEST.....	101	miglitol.....	60
MENQUADFI.....	115	miglustat.....	92
MENVEO.....	115	mili.....	102
meprobamate.....	57	minitran.....	76
mercaptapurine.....	30	minocycline hcl.....	13
meropenem.....	11	minoxidil.....	76
mesalamine.....	116,117	mirtazapine.....	20
mesalamine er.....	117	misoprostol.....	90
mesna.....	43	modafinil.....	132,133
MESNEX.....	43	moexipril hcl.....	67
metformin hcl.....	60	MOLINDONE HCL.....	46
metformin hcl er.....	60	mometasone furoate.....	83,95
methadone hcl.....	2	mondoxyne nl.....	13
methazolamide.....	125	mono-linyah.....	102
methenamine hippurate.....	8	montelukast sodium.....	127
methergine.....	121	morgidox.....	13
methimazole.....	108	morphine sulfate.....	3,4
methocarbamol.....	132	morphine sulfate (concentrate).....	3
methotrexate sodium.....	113	morphine sulfate er.....	2
methotrexate sodium (pf).....	113	MOUNJARO.....	60
methsuximide.....	16	MOVANTIK.....	89
methyldopa.....	66	moxifloxacin hcl.....	13,124
methylergonovine maleate.....	121	MOXIFLOXACIN HCL.....	13
methylphenidate hcl.....	78	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	124
methylphenidate hcl er.....	78	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	13
methylprednisolone.....	95	MULTAQ.....	68
methylprednisolone acetate.....	95	mupirocin.....	85

MYALEPT	90	nifedipine er	69
mycophenolate mofetil	113	nifedipine er osmotic release	69
mycophenolate mofetil hcl	113	nikki	102
mycophenolate sodium	113	nilutamide	29
myorisan	81	nimodipine	69
MYRBETRIQ	93	NINLARO	32
N			
na sulfate-k sulfate-mg sulf	89	nitazoxanide	44
nabumetone	1	nitisinone	92
nadolol	69	NITRO-BID	76
nafcillin sodium	11	nitrofurantoin macrocrystal	8
nafrinse	88	nitrofurantoin monohyd macro	8
NAGLAZYME	92	nitroglycerin	76
naloxone hcl	6	NITROSTAT	76
naltrexone hcl	6	nizatidine	90
naproxen	1	nora-be	105
naproxen dr	1	norethin ace-eth estrad-fe	102
naratriptan hcl	26	norethin-eth estradiol-fe	102
NATACYN	124	norethindrone	105
nateglinide	60	norethindrone acet-ethinyl est	102
NATPARA	118	norethindrone acetate	105
NAYZILAM	5	norethindrone-eth estradiol	102
nebivolol hcl	69	norgestim-eth estrad triphasic	102
necon 0.5/35 (28)	102	norgestimate-eth estradiol	102
NEFAZODONE HCL	21	norlyda	105
neo-polycin	123	norlyroc	105
neo-polycin hc	123	NORMOSOL-M IN D5W	86
neomycin sulfate	6	nortrel 0.5/35 (28)	102
neomycin-bacitracin zn-polymyx	123	nortrel 1/35 (21)	102
neomycin-polymyxin-dexameth	123	nortrel 1/35 (28)	102
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	123	nortrel 7/7/7	102
neomycin-polymyxin-hc	126	nortriptyline hcl	22
NERLYNX	39	NORVIR	55,56
nevirapine	53	NovoFine 32G X 6 MM MISC	121
NEVIRAPINE	53	NOVOLIN 70/30	62
NEVIRAPINE ER	53	NOVOLIN 70/30 RELION	63
nevirapine er	53	NOVOLIN N	63
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	75	NOVOLIN N RELION	63
niacin er (antihyperlipidemic)	75	NOVOLIN R	63
NIACOR	75	NOVOLIN R RELION	63
nicardipine hcl	69	NovoTwist 32G X 5 MM MISC	121
NICOTROL	6	NUBEQA	29
NICOTROL NS	6	NUCALA	131
nifedipine	69	NULYTELY LEMON-LIME	89
		NULYTELY WITH FLAVOR PACKS	89
		NUPLAZID	48

NURTEC	26
NUTRILIPID	86
nyamyc	25
nylia 1/35	102
nylia 7/7/7	102
NYMALIZE	69
nymyo	102
nystatin	25
nystatin-triamcinolone	84
nystop	25

O

ocella	102
octreotide acetate	107
OCTREOTIDE ACETATE	107
ODEFSEY	53
ODOMZO	39
OFEV	130
ofloxacin	13,124,126
OGSIVEO	32
OJJAARA	34
olanzapine	48
olmesartan medoxomil	67
olmesartan medoxomil-hctz	72
olmesartan-amlodipine-hctz	73
olopatadine hcl	124
omega-3-acid ethyl esters	75
omeprazole	91
OMNITROPE	96
ondansetron	23
ONDANSETRON HCL	24
ondansetron hcl	24
ONUREG	32
OPSUMIT	130
OPVEE	121
oralone	81
ORGOVYX	107
ORSERDU	29
orsythia	102
oseltamivir phosphate	56
OSPHENA	106
OTEZLA	84,110
oxandrolone	97
oxcarbazepine	18
oxybutynin chloride	93

oxybutynin chloride er	93
oxycodone hcl	4
oxycodone-acetaminophen	4
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	60
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	60
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	60

P

pacerone	68
paliperidone er	48
PANRETIN	43
pantoprazole sodium	91
paricalcitol	118
paroex	81
paromomycin sulfate	7
paroxetine hcl	21
PASER	28
PAXLOVID (150/100)	121
PAXLOVID (300/100)	121
pazopanib hcl	39
PEDIARIX	115
PEDVAX HIB	115
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	89
peg-3350/electrolytes	90
PEGANONE	18
PEGASYS	111
PEGASYS PROCLICK	111
PEMAZYRE	39
PEN NEEDLES	121
PENBRAYA	115
penicillamine	94
penicillin g potassium	11
PENICILLIN G SODIUM	11
penicillin v potassium	11
PENTACEL	115
pentamidine isethionate	44
pentoxifylline er	73
perindopril erbumine	67
periogard	81
permethrin	84
perphenazine	23
PERSERIS	49
PFIZERPEN	11
phenelzine sulfate	20
phenobarbital	16

phenytek.....	18	prednisone.....	95
phenytoin.....	18	PREDNISONE INTENSOL.....	95
phenytoin infatabs.....	18	pregabalin.....	79
phenytoin sodium extended.....	18	PREHEVBRIO.....	115
philith.....	102	PREMARIN.....	103
PHOSPHOLINE IODIDE.....	125	PREMASOL.....	86
PIFELTRO.....	53	premium lidocaine.....	5
pilocarpine hcl.....	81,125	PREMPHASE.....	103
PIMOZIDE.....	46	PREMPRO.....	103
pimtrea.....	103	prenatal vitamins.....	88
pindolol.....	69	prevalite.....	75
pioglitazone hcl.....	60	previfem.....	103
piperacillin sod-tazobactam so.....	11	PREVYMIS.....	50,51
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	39	PREZCOBIX.....	56
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	39	PREZISTA.....	56
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	39	PRIFTIN.....	28
pirfenidone.....	130	primaquine phosphate.....	44
PIRFENIDONE.....	130	primidone.....	16
pirmella 1/35.....	103	PRIORIX.....	115
pirmella 7/7/7.....	103	PRIVIGEN.....	110
piroxicam.....	1	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	121
PLEGRIDY.....	80	probenecid.....	26
PLEGRIDY STARTER PACK.....	80	prochlorperazine.....	23
PLENVU.....	89	prochlorperazine maleate.....	23
podofilox.....	84	procto-med hc.....	83
polycin.....	123	procto-pak.....	83
polymyxin b-trimethoprim.....	124	proctosol hc.....	83
POMALYST.....	29	proctozone-hc.....	83
portia-28.....	103	PROCYSBI.....	92
posaconazole.....	25	progesterone.....	105
potassium chloride.....	86	PROGRAF.....	113
potassium chloride crys er.....	86	PROLASTIN-C.....	92
potassium chloride er.....	86	PROLENSA.....	125
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE.....	88	PROLIA.....	118
potassium chloride in nacl.....	86	PROMACTA.....	65
potassium citrate er.....	86	promethazine hcl.....	23,127
pramipexole dihydrochloride.....	45	propafenone hcl.....	68
prasugrel hcl.....	66	propranolol hcl.....	69
pravastatin sodium.....	74	PROPRANOLOL HCL.....	69
praziquantel.....	43	propranolol hcl er.....	69
prazosin hcl.....	66	PROPRANOLOL-HCTZ.....	73
prednisolone.....	95	propylthiouracil.....	108
PREDNISOLONE ACETATE.....	125	PROQUAD.....	115
prednisolone sodium phosphate.....	95	protriptyline hcl.....	22
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	125	PULMICORT FLEXHALER.....	127

PULMOZYME.....	129	RETEVMO.....	32
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..	121	REVLIMID.....	30
PURIXAN.....	30	REXULTI.....	49
pyrazinamide.....	28	REYATAZ.....	56
pyridostigmine bromide.....	27	REZLIDHIA.....	40
pyrimethamine.....	44	REZUROCK.....	113
Q		RHOPRESSA.....	125
qc alcohol.....	121	ribavirin.....	51,131
QINLOCK.....	32	rifabutin.....	27
QUADRACEL.....	115	rifampin.....	28
quetiapine fumarate.....	49	RIFATER.....	28
quetiapine fumarate er.....	49	riluzole.....	79
quinapril hcl.....	67	RIMANTADINE HCL.....	56
quinapril-hydrochlorothiazide.....	73	ringers.....	88
quinidine sulfate.....	68	ringers irrigation.....	88
quinine sulfate.....	44	RINVOQ.....	113
QVAR REDIHALER.....	127	risedronate sodium.....	118
R		risperidone.....	49
ra isopropyl alcohol wipes.....	121	risperidone microspheres er.....	49
RABAVERT.....	115	ritonavir.....	56
rabeprazole sodium.....	91	rivastigmine.....	19
raloxifene hcl.....	106	rivastigmine tartrate.....	19
ramelteon.....	132	rizatriptan benzoate.....	27
ramipril.....	67	ROCKLATAN.....	123
ranolazine er.....	73	roflumilast.....	129
rasagiline mesylate.....	45	ropinirole hcl.....	45
REBIF.....	80	rosadan.....	8
REBIF REBIDOSE.....	80	rosuvastatin calcium.....	75
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK.....	80	ROTARIX.....	116
REBIF TITRATION PACK.....	80	ROTATEQ.....	116
reclipsen.....	103	rowepra.....	15
RECOMBIVAX HB.....	115	rowepra xr.....	15
REGRANEX.....	84	ROZLYTREK.....	32,33
relafen.....	2	RUBRACA.....	40
RELENZA DISKHALER.....	56	rufinamide.....	18
RELISTOR.....	89	RUKOBIA.....	54
repaglinide.....	60	RYBELSUS.....	60
REPATHA.....	75	RYDAPT.....	40
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	75	S	
REPATHA SURECLICK.....	76	sajazir.....	109
RESTASIS.....	123	SANDIMMUNE.....	113
RESTASIS MULTIDOSE.....	123	SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	108
RETACRIT.....	65	SANTYL.....	84
		sapropterin dihydrochloride.....	92

SCEMBLIX.....	40	SPRITAM.....	15
scopolamine.....	23	SPRYCEL.....	40
SECUADO.....	49	SPS.....	87
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	121	sronyx.....	103
selegiline hcl.....	45	ssd.....	84
selenium sulfide.....	83	stavudine.....	54
SELZENTRY.....	55	STELARA.....	84,110
SEREVENT DISKUS.....	128	sterile water for irrigation.....	122
sertraline hcl.....	21	STIVARGA.....	40
setlakin.....	103	STRENSIQ.....	92,93
sevelamer carbonate.....	87	STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
sharobel.....	105	STRIBILD.....	52
SHINGRIX.....	116	subvenite.....	15
SIGNIFOR.....	108	sucralfate.....	91
sildenafil citrate.....	130	sulfacetamide sodium.....	124
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	121	sulfacetamide sodium (acne).....	13
silodosin.....	94	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	123
silver sulfadiazine.....	84	sulfadiazine.....	13
simliya.....	103	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	13
simvastatin.....	75	SULFAMYLON.....	85
sirolimus.....	113	sulfasalazine.....	117
SIRTURO.....	28	sulindac.....	2
SKYRIZI.....	84,90,110	sumatriptan.....	27
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	110	sumatriptan succinate.....	27
SKYRIZI PEN.....	110	sumatriptan succinate refill.....	27
SMOFLIPID.....	88	sunitinib malate.....	40
sodium chloride.....	86	SUNLENCA.....	55
sodium chloride (pf).....	86	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	122
sodium fluoride.....	88	syeda.....	103
sodium phenylbutyrate.....	92	SYMDEKO.....	129
sodium polystyrene sulfonate.....	87	SYMPAZAN.....	16
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	51	SYMTUZA.....	56
solifenacin succinate.....	93	SYNAREL.....	108
SOLTAMOX.....	30	SYNERCID.....	8
SOMATULINE DEPOT.....	108	SYNJARDY.....	60
SOMAVERT.....	108	SYNJARDY XR.....	61
sorafenib tosylate.....	40	SYNRIBO.....	33
sorine.....	68	SYNTHAMIN 17.....	87
sotalol hcl.....	68	SYNTHROID.....	106
sotalol hcl (af).....	68		
SPIRIVA HANDIHALER.....	128	T	
SPIRIVA RESPIMAT.....	128	TABLOID.....	30
spironolactone.....	74	TABRECTA.....	33
spironolactone-hctz.....	73	tacrolimus.....	83,114
sprintec 28.....	103	tadalafil (pah).....	130

TAFINLAR.....	40	tis-u-sol.....	88
TAGRISSO.....	41	TIVICAY.....	52
TALTZ.....	110	TIVICAY PD.....	52
TALZENNA.....	41	tizanidine hcl.....	50
tamoxifen citrate.....	30	TOBI PODHALER.....	129
tamsulosin hcl.....	94	tobramycin.....	124,129
tarina fe 1/20.....	103	tobramycin sulfate.....	7
tarina fe 1/20 eq.....	103	tobramycin-dexamethasone.....	123
TASIGNA.....	41	TOLAK.....	84
tasimelteon.....	132	tolterodine tartrate.....	93
tazarotene.....	81	tolterodine tartrate er.....	93
TAZICEF.....	10	topiramate.....	15
TAZORAC.....	81	toremifene citrate.....	30
taztia xt.....	70	torse mide.....	73
TAZVERIK.....	33	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	63
TDVAX.....	116	TOUJEO SOLOSTAR.....	63
TEFLARO.....	10	TPN ELECTROLYTES.....	88
telmisartan.....	67	TRACLEER.....	130
telmisartan-hctz.....	73	TRADJENTA.....	61
temazepam.....	132	tramadol hcl.....	4
TEMIXYS.....	54	tramadol-acetaminophen.....	4
TENIVAC.....	116	trandolapril.....	67
tenofovir disoproxil fumarate.....	54	tranexamic acid.....	65
TEPMETKO.....	41	tranylcypromine sulfate.....	20
terazosin hcl.....	66	TRAVASOL.....	87
terbinafine hcl.....	25	travoprost (bak free).....	126
terconazole.....	25	trazodone hcl.....	21
teriflunomide.....	80	TRECATOR.....	28
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	118	TRELEGY ELLIPTA.....	131
testosterone.....	97	TRELSTAR MIXJECT.....	108
testosterone cypionate.....	97	tretinoin.....	43,81
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	97	tri femynor.....	103
tetrabenazine.....	79	tri-estarylla.....	103
tetracycline hcl.....	13	tri-linyah.....	103
THALOMID.....	30	tri-mili.....	103
theophylline er.....	129	tri-nymyo.....	103
thioridazine hcl.....	46	tri-previfem.....	104
thiotepa.....	28	tri-sprintec.....	104
thiothixene.....	46	tri-vylibra.....	104
tiadylt er.....	70	triamcinolone acetonide.....	81,83
tiagabine hcl.....	17	triamterene-hctz.....	73
TIBSOVO.....	41	triazolam.....	132
TICOVAC.....	116	triderm.....	83
tigecycline.....	8	trientine hcl.....	87
timolol maleate.....	26,125	TRIENTINE HCL.....	87

trifluoperazine hcl.....	46	VALTOCO 20 MG DOSE.....	17
TRIFLURIDINE.....	57	VALTOCO 5 MG DOSE.....	17
trihexyphenidyl hcl.....	44	vanadom.....	132
TRIKAFTA.....	129	vancomycin hcl.....	8
trilyte.....	89	VANDAZOLE.....	8
trimethoprim.....	8	VANFLYTA.....	33
trimipramine maleate.....	22	VAQTA.....	116
TRINTELLIX.....	21	varenicline tartrate.....	6
TRIUMEQ.....	54	varenicline tartrate (starter).....	6
TRIUMEQ PD.....	54	varenicline tartrate(continue).....	6
trivora (28).....	104	VARIVAX.....	116
TRIZIVIR.....	54	VELIVET.....	104
TROPHAMINE.....	87	VELTASSA.....	87
tropium chloride.....	93	VEMLIDY.....	51
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	122	VENCLEXTA.....	41
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	122	VENCLEXTA STARTING PACK.....	41
TRULICITY.....	61	venlafaxine hcl.....	22
TRUMENBA.....	116	venlafaxine hcl er.....	22
TRUQAP.....	34	VENTAVIS.....	130
TUKYSA.....	41	verapamil hcl.....	71
tulana.....	105	VERAPAMIL HCL ER.....	71
TURALIO.....	41	verapamil hcl er.....	71
turqoz.....	104	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	122
TWINRIX.....	116	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	122
TYBOST.....	55	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	122
TYMLOS.....	118	VERQUVO.....	73
TYPHIM VI.....	116	VERSACLOZ.....	50
TYSABRI.....	80	VERZENIO.....	41
		vestura.....	104
U		VICTOZA.....	61
UBRELVY.....	26	vienva.....	104
UKONIQ.....	41	vigabatrin.....	17
unithroid.....	107	vigadrone.....	17
ursodiol.....	90	vigpoder.....	17
		VIIBRYD STARTER PACK.....	22
V		vilazodone hcl.....	22
valacyclovir hcl.....	57	viorele.....	104
VALCHLOR.....	29	VIRACEPT.....	56
valganciclovir hcl.....	51	VIREAD.....	54
valproate sodium.....	15	VITRAKVI.....	42
valproic acid.....	15	VIZIMPRO.....	42
valsartan.....	67	volnea.....	104
valsartan-hydrochlorothiazide.....	73	VONJO.....	43
VALTOCO 10 MG DOSE.....	17	voriconazole.....	25
VALTOCO 15 MG DOSE.....	17	VOSEVI.....	51

VRAYLAR	49
vyfemla	104
vylibra	104
VYZULTA	126

W

warfarin sodium	64
WELIREG	33
wera	104
wixela inhub	131
wymzya fe	104

X

XALKORI	42
XARELTO	64
XARELTO STARTER PACK	64
XATMEP	114
XCOPRI	15
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	15
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	15
XELJANZ	111
XELJANZ XR	114
XERMELO	90
XGEVA	118
XIFAXAN	8
XIGDUO XR	61
XIIDRA	123
XOFLUZA (40 MG DOSE)	56
XOFLUZA (80 MG DOSE)	56
XOLAIR	111
XOSPATA	42
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	33
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	33
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	33
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	33,34
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	34
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	34
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	34
XTANDI	29
XYREM	133

Y

yargesa	93
YF-VAX	116
yuvaferm	104

Z

zafirlukast	127
zaleplon	132
zarah	104
ZARXIO	65
ZEJULA	42
ZELBORAF	42
zenatane	82
ZENPEP	93
zenzedi	77
zidovudine	54
ziprasidone hcl	49
ziprasidone mesylate	49
ZIRGAN	51
zoledronic acid	118
ZOLINZA	34
zolmitriptan	27
zolpidem tartrate	132
ZONISADE	18
zonisamide	18
zovia 1/35 (28)	104
zovia 1/35e (28)	104
ZTALMY	16
ZUBSOLV	5,6
zumandimine	104
ZURZUVAE	20
ZYDELIG	42
ZYKADIA	42
ZYPREXA RELPREVV	50

បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមលក្ខណៈរាគមន៍

ANALGESICS	1
ANESTHETICS	4
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS	5
ANTIBACTERIALS	6
ANTICONVULSANTS	14
ANTIDEMENTIA AGENTS	19
ANTIDEPRESSANTS	19
ANTIEMETICS	23
ANTIFUNGALS	24
ANTIGOUT AGENTS	26
ANTIMIGRAINE AGENTS	26
ANTIMYASTHENIC AGENTS	27
ANTIMYCOBACTERIALS	27
ANTINEOPLASTICS	28
ANTIPARASITICS	43
ANTIPARKINSON AGENTS	44
ANTIPSYCHOTICS	46
ANTISPASTICITY AGENTS	50
ANTIVIRALS	50
ANXIOLYTICS	57
BIPOLAR AGENTS	58
BLOOD GLUCOSE REGULATORS	59
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS	63
CARDIOVASCULAR AGENTS	66
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	77
DENTAL AND ORAL AGENTS	80
DERMATOLOGICAL AGENTS	81
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	85
GASTROINTESTINAL AGENTS	88
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT	91
GENITOURINARY AGENTS	93
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)	94
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)	96
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)	96
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)	106
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)	107
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)	108
IMMUNOLOGICAL AGENTS	108

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS	116
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS	117
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	118
OPHTHALMIC AGENTS	122
OTIC AGENTS	126
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	127
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS	132
SLEEP DISORDER AGENTS	132



សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

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

Blue Shield of California ផ្តល់ជូននូវ៖

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់គម្រោង Blue Shield of California។

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

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
ទូរសព្ទ៖ (844) 831-4133 (TTY: 711)
ទូរសារ៖ (844) 696-6070
អ៊ីមែល៖ BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដោយផ្ទាល់ឬតាមរយៈសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលមាននៅដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ U.S. Department of Health and Human Services (ក្រសួងសុខភាពនិងសេវាកម្មមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក) ទៅកាន់ ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈផតថលបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលដែលមាននៅតាមអាសយដ្ឋាន <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសព្ទ៖

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

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

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajo D77 ats'77s baa lhly3 47 doodago azeé' bee aa lhly3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoonih77 h0l=. Ata' halne'4 biniiy4go, koj8' 1-800-452-4413 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo[. D77 t'11 j77k'eh bee an1'1wo.

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

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպության հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ լինելու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

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

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



LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

中文 Chinese 请注意: 如果您说中文, 可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-800-452-4413 (听障和语障专线: 711), 每周七天办公, 早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

한국어 Korean 주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Русский Russian ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-800-452-4413 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

فارسی Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-800-452-4413- 4413 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

भाषा Hindi ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-800-452-4413 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ़्री है।

Lus Hmoob Hmong LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

Español Spanish ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt Vietnamese LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na lib्रेng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

العربية Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

ພາສາລາວ Laotian ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

日本語 Japanese 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-452-4413 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前 8 時から午後 8 時まで受け付けています。通話は無料です。

ภาษาไทย Thai

เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-800-452-4413 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi ਸਾਵਧਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ Khmer ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Հայերեն Armenian ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվաբան օգնություն ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Українська Ukrainian ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-800-452-4413 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh Mien TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungnh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungnh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

បញ្ជីឱសថនេះបានធ្វើបច្ចុប្បភាពនៅថ្ងៃ 06/20/2024 ។

សារសំខាន់ៗអំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃទៅលើថ្នាំវ៉ាក់សាំងបង្ការ –

ថ្នាំវ៉ាក់សាំងបង្ការមួយចំនួនត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ វ៉ាក់សាំងបង្ការដទៃទៀតត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថផ្នែក D។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងបង្ការផ្នែក D ភាគច្រើនបំផុត គឺមិនអស់ថ្លៃដល់អ្នកទេ។

សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711)

ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

ឬសូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413** (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2024។