

2025

รายชื่อยาในความคุ้มครอง

(รายชื่อยาในความคุ้มครองหรือ

“รายชื่อยาในความคุ้มครอง”)

wellcare

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS),
Wellcare Giveback (HMO),
Wellcare Giveback (HMO-POS),
Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS),
Wellcare Giveback Open (PPO),
Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO),
Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO),
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO),
Wellcare 'Ohana Simple (HMO), Wellcare Premium Ultra (HMO),
Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS),
Wellcare Simple Exclusive (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO),
Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Ruby (HMO), Wellcare Simple Value (HMO)

14



**โปรดอ่าน: เอกสารนี้มีข้อมูล
เกี่ยวกับยาที่เราคุ้มครองในแผนนี้**

การส่งไฟล์รายชื่อยาในความคุ้มครองที่อนุมัติโดย HPMS ID 25076

รายชื่อยาในความคุ้มครองนี้ได้รับการปรับปรุงเมื่อ 07/01/2025 สำหรับข้อมูลล่าสุดหรือคำถามอื่นๆ โปรดติดต่อบริการของสมาชิก Wellcare ที่หมายเลขโทรศัพท์หรือเว็บไซต์สำหรับแผนของคุณ ซึ่งแสดงอยู่ที่ด้านในของปกหน้าและปกหลังของรายชื่อยาในความคุ้มครองนี้ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม จะมีตัวแทนให้บริการเจ็ดวันต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 20.00 น. ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน ตัวแทนจะให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 20.00 น.

Arkansas

Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAR

Arizona

Wellcare Simple Open (PPO)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO),

Wellcare Simple Value (HMO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAZ

California

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO)

1-866-999-3945 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Premium Ultra (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO),

Wellcare Simple Ruby (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO)

1-800-275-4737 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetCA

Connecticut

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Florida

HMO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Georgia

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Hawaii

HMO

1-877-457-7621 (TTY: 711)

wellcare.com/ohana

Illinois

Wellcare Giveback Open (PPO),

Wellcare Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Simple Exclusive (HMO)

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Kansas

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellKS

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcarecomplete.com

Kentucky

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Louisiana

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

New York

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Maine

HMO-POS, PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Ohio

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellOH

Michigan

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Oregon

PPO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Mississippi

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

South Carolina

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Missouri

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellMO

Tennessee

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Nevada

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellNV

Texas

Wellcare Giveback (HMO) H0174017000

Wellcare Giveback (HMO) H0174018000

Wellcare Giveback (HMO) H0174019000

Wellcare Giveback (HMO) H0174020000

Wellcare Giveback (HMO) H0174021000

Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO) H7323011000,

Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO) H7323012000,

Wellcare Simple (HMO) H0174002000,

Wellcare Simple (HMO) H0174010000,

Wellcare Simple (HMO) H0174014000

1-833-444-9088 (TTY: 711)

[wellcare.com/medicare](https://www.wellcare.com/medicare)

Wellcare Giveback (HMO) H5294019000

1-800-977-7522 (TTY: 711)

[wellcare.com/allwellTX](https://www.wellcare.com/allwellTX)

Washington

Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO),

Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

[wellcare.com/medicare](https://www.wellcare.com/medicare)

Wellcare Giveback Open (PPO)

1-844-582-5177 (TTY: 711)

[wellcare.com/healthnetOR](https://www.wellcare.com/healthnetOR)

หมายเหตุถึงสมาชิกปัจจุบัน: รายชื่อยาในความคุ้มครองนี้มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปีที่แล้ว โปรดตรวจสอบเอกสารนี้เพื่อให้แน่ใจว่ารายชื่อยาที่ยังมียาที่คุณใช้อยู่

เมื่อรายชื่อยาในความคุ้มครองนี้ (รายชื่อยาในความคุ้มครอง) อ้างอิงถึง “เรา” “พวกเรา” หรือ “ของเรา” หมายถึง Wellcare เมื่อกล่าวถึง “แผน” หรือ “แผนของเรา” จะหมายถึง Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO), Wellcare `Ohana Simple (HMO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Exclusive (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Ruby (HMO), Wellcare Simple Value (HMO)

เอกสารนี้ประกอบด้วยรายชื่อยาในความคุ้มครอง (รายชื่อยาในความคุ้มครอง) สำหรับแผนของเราซึ่งเป็นปัจจุบัน ณ วันที่ 07/01/2025 สำหรับรายชื่อยาในความคุ้มครอง (รายชื่อยาในความคุ้มครอง) ฉบับอัปเดต โปรดติดต่อเรา ข้อมูลติดต่อของเราพร้อมด้วยวันที่ที่เราอัปเดตครั้งล่าสุดของรายชื่อยาในความคุ้มครอง (รายชื่อยา) จะปรากฏที่หน้าด้านในของปกหน้าและปกหลัง

โดยทั่วไปแล้วคุณต้องใช้ร้านขายยาในเครือข่ายเพื่อใช้บริการสำหรับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ของคุณ สิทธิประโยชน์ รายชื่อยาในความคุ้มครอง เครือข่ายร้านขายยา และ/หรือ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล/การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ อาจเปลี่ยนแปลงในวันที่ 1 มกราคม 2025 และเป็นครั้งคราวในระหว่างปี

รายชื่อยาในความคุ้มครองของ Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO), Wellcare `Ohana Simple (HMO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Exclusive (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Ruby (HMO), Wellcare Simple Value (HMO) คืออะไร

ในเอกสารนี้ เราใช้คำว่ารายชื่อยาและรายชื่อยาในความคุ้มครองในความหมายเดียวกัน รายชื่อยาในความคุ้มครองคือ รายชื่อยาในความคุ้มครองที่เลือกสำหรับแผนของเราโดยการปรึกษากับทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการรักษาตามใบสั่งแพทย์ที่เชื่อว่าเป็นส่วนที่จำเป็นของโปรแกรมการรักษาที่มีคุณภาพ โดยทั่วไป แผนของเราจะครอบคลุมยาที่ระบุไว้ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราตราบนานเท่าที่จำเป็นมีความจำเป็นทางการแพทย์ การรับยาตามใบสั่งยาจะดำเนินการที่ร้านขายยาในเครือข่ายของแผน และมีการปฏิบัติตามกฎอื่นๆ ของแผน สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการรับยาตามใบสั่งยา โปรดอ่านหลักฐานแสดงความคุ้มครองของคุณ

รายชื่อยาในความคุ้มครองสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่

การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ของยาในความคุ้มครองเกิดขึ้นในวันที่ 1 มกราคม แต่เราอาจเพิ่มหรือลบยาในรายชื่อยาในความคุ้มครองในระหว่างปี ย้ายยาไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่น หรือเพิ่มข้อจำกัดใหม่ เราต้องปฏิบัติตามกฎของ Medicare ในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ การอัปเดตรายชื่อยาในความคุ้มครองจะถูกโพสต์เป็นรายเดือนบนเว็บไซต์ของเรา ซึ่งแสดงที่หน้าด้านในของปกหน้าและปกหลัง

การเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณในปีนี้: ในกรณีด้านล่าง คุณจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองในระหว่างปี:

- **เปลี่ยนยาที่ใช้ซื้อยี่ห้อและผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมเวอร์ชันใหม่บางเวอร์ชันทันที** เราอาจนำยาตัวใดตัวหนึ่งออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราโดยทันทีหากเรากำลังจะแทนที่ยานั้นด้วยเวอร์ชันที่ใหม่กว่า ซึ่งจะมีระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายเดียวกันหรือต่ำกว่า และพร้อมด้วยข้อจำกัดเดียวกันหรือน้อยกว่า เมื่อเราเพิ่มยาเวอร์ชันใหม่ลงในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา เราอาจตัดสินใจที่จะเก็บยาที่ใช้ซื้อยี่ห้อหรือผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมนั้นไว้ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราต่อไป แต่จะย้ายไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่นหรือเพิ่มข้อจำกัดใหม่ทันที

เราสามารถทำการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ในทันทีก็ต่อเมื่อเรากำลังเพิ่มยาสามัญเวอร์ชันใหม่ของยาที่ใช้ซื้อยี่ห้อ หรือเพิ่มผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงรุ่นใหม่ของผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมซึ่งมีอยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองอยู่แล้ว (ตัวอย่างเช่น การเพิ่มผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงที่สามารถเปลี่ยนทดแทนกันได้ซึ่งสามารถแทนที่ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมได้โดยร้านขายยาโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาใหม่)

หากคุณกำลังใช้ยาที่ใช้ซื้อยี่ห้อหรือผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมอยู่ในขณะนี้ เราอาจไม่แจ้งให้คุณทราบล่วงหน้าก่อนที่จะทำการเปลี่ยนแปลงในทันที แต่เราจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะเจาะจงที่เราได้ทำแก่คุณในภายหลัง

หากเราทำการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว คุณหรือผู้ส่งจ่ายยาของคุณสามารถขอให้เราทำการยกเว้นและให้ความคุ้มครองยาที่กำลังถูกเปลี่ยนแปลงแก่คุณต่อไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูส่วนด้านล่าง “ฉันจะขอขอยกเว้นสำหรับรายชื่อยาในความคุ้มครองของ Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO), Wellcare `Ohana Simple (HMO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Exclusive (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Ruby (HMO), Wellcare Simple Value (HMO) ได้อย่างไร”

คุณอาจไม่คุ้นเคยกับยาบางประเภทเหล่านี้ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูที่ส่วนด้านล่างที่มีหัวข้อว่า “ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมคืออะไรและเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงอย่างไร”

- **ยาที่ถูกนำออกจากตลาด** หากยาถูกถอนออกจากการจำหน่ายโดยผู้ผลิต หรือ Food and Drug Administration (FDA) สั่งให้ถอนออกด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัยหรือประสิทธิภาพ เราอาจนำยานั้นออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราทันทีและแจ้งให้สมาชิกที่ใช้ยานั้นทราบในภายหลัง
- **การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ** เราอาจทำการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกที่ใช้ยาอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น เราอาจนำยาที่ใช้ซื้อยี่ห้อออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครองเมื่อเพิ่มยาเทียบเท่ายาสามัญ หรือนำผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมออกเมื่อเพิ่มผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึง นอกจากนี้ เรายังอาจใช้ข้อจำกัดใหม่กับยาที่ใช้ซื้อยี่ห้อหรือผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิม หรือย้ายยานั้นไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายอื่น หรือทั้งสองอย่าง เราอาจทำการเปลี่ยนแปลงตามหลักเกณฑ์ทางคลินิกใหม่ หากเรานำยาออกจากรายชื่อยาในความคุ้มครองของเรา เพิ่มข้อจำกัดด้านการอนุญาตล่วงหน้า การจำกัดปริมาณ และ/หรือจำกัดการรักษาแบบเป็นขั้นตอนสำหรับยา หรือย้ายยาไปยังระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น เราจะต้องแจ้งให้สมาชิกที่ได้รับผลกระทบทราบถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 30 วันก่อนที่การเปลี่ยนแปลงจะมีผล หรือ เมื่อสมาชิกร้องขอการเติมยา พวกเขาอาจได้รับยาสำหรับ 30 วันและการแจ้งถึงการเปลี่ยนแปลง

หากเราทำการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ เหล่านี้ คุณหรือผู้ส่งจ่ายยาของคุณสามารถขอให้เรายกเว้นให้คุณและรับการคุ้มครองยาที่คุณใช้อยู่ต่อไป ประกาศที่เรามีให้คุณจะประกอบด้วยข้อมูลวิธีการขอข้อยกเว้น และคุณยังสามารถหาข้อมูลในส่วนด้านล่าง “ฉันจะขอข้อยกเว้นสำหรับรายชื่อยาในความคุ้มครองของ Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO), Wellcare `Ohana Simple (HMO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Exclusive (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Ruby (HMO), Wellcare Simple Value (HMO) ได้อย่างไร”

การเปลี่ยนแปลงที่จะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณหากคุณใช้ยานี้ในปัจจุบัน โดยทั่วไป หากคุณรับประทานยาในรายชื่อยาในความคุ้มครองปี 2025 ของเราที่ให้ความคุ้มครองตั้งแต่ต้นปี เราจะไม่ยกเลิกหรือลดความคุ้มครองของยาในระหว่างปีที่คุ้มครองปี 2025 ยกเว้นสิ่งที่กล่าวข้างต้น ซึ่งหมายความว่า ยาเหล่านี้จะยังคงมีให้ในการแบ่งค่าใช้จ่ายเดียวกันและไม่มีข้อจำกัดใหม่สำหรับสมาชิกที่ใช้ยาเหล่านี้ในช่วงที่เหลือของปีที่คุ้มครอง คุณจะไม่ได้รับการแจ้งโดยตรงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีผลกระทบต่อคุณในปีนี้อย่างไรก็ตาม ในวันที่ 1 มกราคมของปีหน้า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณและเป็นสิ่งสำคัญที่คุณจะต้องตรวจสอบรายชื่อยาในความคุ้มครองสำหรับปีสิทธิประโยชน์ใหม่ว่ามีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับยาหรือไม่

รายชื่อยาในความคุ้มครองที่แนบมานี้เป็นปัจจุบัน ณ 07/01/2025 หากต้องการรับข้อมูลที่อัปเดตเกี่ยวกับยาที่คุ้มครองภายใต้แผนของเรา โปรดติดต่อเรา ข้อมูลการติดต่อของเราจะปรากฏที่หน้าด้านในของปกหน้าและปกหลัง

รายชื่อยาในความคุ้มครองนี้จะได้รับการอัปเดตทุกเดือนและโพสต์บนเว็บไซต์ของเรา หากต้องการรับรายชื่อยาในความคุ้มครองฉบับพิมพ์ล่าสุด หรือต้องการข้อมูลเกี่ยวกับยาที่คุ้มครองภายใต้แผนของเรา โปรดไปที่เว็บไซต์ของเราหรือติดต่อบริการของสมาชิกตามข้อมูลติดต่อของเราที่หน้าด้านในของปกหน้าและปกหลัง

ฉันจะใช้รายชื่อยาในความคุ้มครองได้อย่างไร

มีสองวิธีในการค้นหาของของคุณภายในรายชื่อยาในความคุ้มครอง:

ภาวะทางการแพทย์

รายชื่อยาในความคุ้มครองเริ่มต้นในหน้า 1 ยาในรายชื่อยาในความคุ้มครองนี้จะถูกจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ขึ้นอยู่กับประเภทของภาวะทางการแพทย์ที่ใช้ยาในการรักษา ตัวอย่างเช่น ยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจจะแสดงอยู่ในหมวดหมู่ "ระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง" หากคุณทราบว่ายาของคุณใช้เพื่อรักษาอะไร ให้ค้นหาชื่อหมวดหมู่ในรายการที่เริ่มต้นในหน้า 1 จากนั้นมองหาของของคุณภายใต้ชื่อหมวดหมู่นั้น

การแสดงรายการตามตัวอักษร

หาก你不แน่ใจว่าจะดูในหมวดหมู่ใด คุณควรมองหาของของคุณในดัชนีที่เริ่มต้นในหน้า INDEX-1 ดัชนีจะแสดงรายการตัวยาทั้งหมดที่รวมอยู่ในเอกสารนี้ตามลำดับตัวอักษร ทั้งยาที่ใช้ซื้อห่อและยาสามัญจะแสดงอยู่ในดัชนี ดูที่ดัชนีและค้นหาของของคุณ ถัดจากยาของคุณ คุณจะเห็นหมายเลขหน้าที่คุณสามารถค้นหาข้อมูลความคุ้มครองได้ ไปที่หน้าที่แสดงในดัชนีและค้นหาชื่อยาของคุณในคอลัมน์แรกของรายการ

ยาสามัญคืออะไร

แผนของเราครอบคลุมทั้งยาที่ใช้ซื้อห่อและยาสามัญ ยาสามัญได้รับการรับรองโดย FDA ว่ามีสารออกฤทธิ์เหมือนกับยาที่ใช้ซื้อห่อ โดยทั่วไปแล้ว ยาสามัญมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับยาที่ใช้ซื้อห่อและมักจะมีราคาต่ำกว่ายาที่ใช้ซื้อห่อ มียาสามัญที่สามารถใช้แทนยาที่ใช้ซื้อห่อจำนวนมาก โดยทั่วไป ยาสามัญสามารถใช้แทนยาที่ใช้ซื้อห่อที่ร้านขายยาได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาใหม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกฎหมายของรัฐ

ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมคืออะไรและเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงอย่างไร

ในรายชื่อยาในความคุ้มครอง เมื่อเราอ้างถึงยา อาจหมายถึงยาหรือผลิตภัณฑ์ชีวภาพ ผลิตภัณฑ์ชีวภาพคือยาที่มีความซับซ้อนมากกว่ายาทั่วไป เนื่องจากผลิตภัณฑ์ชีวภาพมีความซับซ้อนมากกว่ายาทั่วไป แทนที่จะมีรูปแบบสามัญรูปแบบเดียว แต่กลับมีหลายรูปแบบที่เรียกว่าผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึง โดยทั่วไปแล้ว ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงจะมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมและอาจมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมบางชนิดมีผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงรูปแบบต่างๆ ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงบางชนิดเป็นผลิตภัณฑ์ชีววัตถุคล้ายคลึงที่สามารถใช้แทนกันได้ และขึ้นอยู่กับกฎหมายของแต่ละรัฐ อาจใช้แทนผลิตภัณฑ์ชีวภาพดั้งเดิมที่ร้านขายยาได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาใหม่ เช่นเดียวกับที่ยาสามัญสามารถใช้แทนยาที่ใช้ซื้อห่อได้

- หากต้องการดูเรื่องเกี่ยวกับประเภทยา โปรดดูหลักฐานแสดงความคุ้มครอง บทที่ 5 ส่วนที่ 3.1 “รายชื่อยาในความคุ้มครอง” จะบอกว่ายาส่วน D ตัวใดเป็นยาในความคุ้มครอง”

ความคุ้มครองของฉันทามีข้อจำกัดหรือไม่

ยาในความคุ้มครองบางชนิดอาจมีข้อกำหนดหรือข้อจำกัดเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครอง ข้อกำหนดและข้อจำกัดเหล่านี้อาจรวมถึง:

- **การอนุญาตล่วงหน้า:** แผนของเรากำหนดให้คุณหรือผู้สั่งจ่ายยาของคุณต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้าสำหรับยาบางชนิด ซึ่งหมายความว่า คุณจะต้องได้รับการอนุญาตจากแผนของเราก่อนที่จะรับยาตามใบสั่งยาของคุณ หากคุณไม่ได้รับการอนุญาต แผนของเราอาจไม่คุ้มครองยาดังกล่าว
- **การจำกัดปริมาณ:** สำหรับยาบางชนิด แผนของเรากำหนดปริมาณยาที่จะคุ้มครองตามแผนของเรา ตัวอย่างเช่น แผนของเราให้ 18 เม็ดต่อใบสั่งยาสำหรับ rizatriptan 5mg ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มเติมจากการจัดยาให้ใช้ได้หนึ่งเดือนหรือสามเดือนตามมาตรฐาน
- **การรักษาแบบเป็นขั้นตอน:** ในบางกรณี แผนของเรากำหนดให้คุณต้องลองใช้ยาบางชนิดเพื่อรักษาภาวะทางการแพทย์ของคุณก่อนที่จะให้ความคุ้มครองยาชนิดอื่นสำหรับภาวะดังกล่าว ตัวอย่างเช่น หากยา A และยา B ต่างสามารถใช้รักษาภาวะทางการแพทย์ของคุณได้ แผนของเราอาจไม่ให้ความคุ้มครองยา B เว้นแต่คุณจะลองใช้ยา A ก่อน หากยา A ใช้ไม่ได้ผลกับคุณ แผนของเราจึงจะให้ความคุ้มครองยา B

คุณสามารถดูว่ายาของคุณมีข้อกำหนดหรือข้อจำกัดเพิ่มเติมหรือไม่ โดยดูที่รายชื่อยาในความคุ้มครองที่เริ่มต้นในหน้า 1 คุณยังสามารถรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อจำกัดที่ใช้กับยาในความคุ้มครองเฉพาะได้ โดยไปที่เว็บไซต์ของเรา เราได้โพสต์เอกสารออนไลน์ที่อธิบายถึงข้อจำกัดด้านการอนุญาตล่วงหน้าและการรักษาแบบเป็นขั้นตอนของเรา คุณยังสามารถขอให้เราส่งสำเนาให้คุณได้ด้วย ข้อมูลติดต่อของเรา รวมถึงวันที่ที่เราอัปเดตรายชื่อยาในความคุ้มครองล่าสุดจะปรากฏที่หน้าด้านในของปกหน้าและปกหลัง

คุณสามารถขอให้แผนของเรายกเว้นการจำกัดหรือข้อจำกัดเหล่านี้ หรือขอรายการยาอื่นๆ ที่คล้ายกันที่อาจรักษาภาวะสุขภาพของคุณได้ ดูส่วน “ฉันจะขอข้อยกเว้นสำหรับรายชื่อยาในความคุ้มครองของ Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO), Wellcare 'Ohana Simple (HMO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Exclusive (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Ruby (HMO), Wellcare Simple Value (HMO) ได้อย่างไร” ที่หน้า VIII สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการขอข้อยกเว้น

ฉันควรทำอย่างไรหากยาของฉันไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครอง

หากยาของคุณไม่อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองนี้ (รายชื่อยาในความคุ้มครอง) คุณควรติดต่อบริการของสมาชิกก่อนและสอบถามว่ายาของคุณอยู่ในความคุ้มครองหรือไม่

หากคุณทราบว่าแผนของเราไม่คุ้มครองยาของคุณ คุณมีสองทางเลือก:

- คุณสามารถขอรายการยาที่คล้ายกันที่ได้รับความคุ้มครองในแผนของเราได้จากบริการของสมาชิก เมื่อคุณได้รับรายการนี้แล้ว ให้แสดงให้แพทย์ของคุณดูและขอให้สั่งจ่ายยาที่คล้ายกันที่คุ้มครองภายใต้แผนของเรา
- คุณสามารถขอให้แผนของเราให้ข้อยกเว้นและคุ้มครองยาของคุณได้ โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการขอข้อยกเว้นที่ด้านล่าง

ฉันจะขอข้อยกเว้นสำหรับรายชื่อยาในความคุ้มครองของ Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback (HMO), Wellcare Giveback (HMO-POS), Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS), Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO), Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO), Wellcare 'Ohana Simple (HMO), Wellcare Premium Ultra (HMO), Wellcare Simple (HMO), Wellcare Simple (HMO-POS), Wellcare Simple Exclusive (HMO), Wellcare Simple Focus (HMO), Wellcare Simple Open (PPO), Wellcare Simple Ruby (HMO), Wellcare Simple Value (HMO) ได้อย่างไร

คุณสามารถขอให้แผนของเรายกเว้นกฎการคุ้มครองของเราได้ มีข้อยกเว้นหลายประเภทที่คุณสามารถขอให้เราทำได้

- คุณสามารถขอให้เรารักษาได้แม้ว่าจะไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราก็ตาม หากได้รับการอนุมัติ ยานี้จะได้รับความคุ้มครองในระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า และ คุณจะไม่สามารถขอให้เรากำหนดยานี้ในระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าได้
- คุณสามารถขอให้เรายกเว้นการจำกัดความคุ้มครอง รวมถึง การอนุญาตล่วงหน้า การรักษาแบบเป็นขั้นตอน หรือการจำกัดปริมาณยาของคุณ ตัวอย่างเช่น สำหรับยาบางชนิด แผนของเราจะจำกัดปริมาณของยาที่เราคุ้มครอง หากยาของคุณจำกัดปริมาณ คุณสามารถขอให้เรายกเว้นการจำกัด และให้ความคุ้มครองจำนวนที่มากขึ้นได้
- คุณสามารถขอให้เรารักษาตามรายชื่อยาในความคุ้มครองในระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าได้ เว้นแต่จะอยู่ในระดับยาเฉพาะทาง หากผ่านการอนุมัติ ค่าใช้จ่ายสำหรับยาของคุณจะลดลง

โดยทั่วไปแล้ว แผนของเราจะอนุมัติค่าขอยกเว้นของคุณเฉพาะในกรณีที่ยาทางเลือกนั้นอยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของแผน ยาที่มีการแบ่งค่าใช้จ่ายในระดับต่ำ หรือการใช้การจำกัดจะไม่มีผลต่อคุณ และ/หรือ อาจส่งผลในทางลบต่อคุณ

คุณหรือผู้ส่งจ่ายยาของคุณควรติดต่อเราเพื่อขอข้อมูลการจัดระดับ รายชื่อยาในความคุ้มครองที่มีการ ยกเว้น รวมถึงข้อยกเว้นในข้อจำกัดความคุ้มครอง เมื่อคุณขอข้อยกเว้น ผู้ส่งจ่ายยาของคุณจะต้อง อธิบายเหตุผลทางการแพทย์ว่า เหตุใดคุณจึงต้องการข้อยกเว้น โดยทั่วไปแล้ว เราจะให้คำตัดสิน ของเราภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับเอกสารใบแสดงความเห็นสนับสนุนของผู้ส่งจ่ายยาของคุณ คุณ สามารถขอคำตัดสินแบบเร่งด่วน (รวดเร็ว) ได้หากคุณเชื่อว่า และเรายอมรับว่า สุขภาพของคุณอาจได้รับ อันตรายอย่างร้ายแรงหากรอคำตัดสินนานถึง 72 ชั่วโมง หากเราเห็นด้วย หรือหากผู้ส่งจ่ายยาของคุณขอ คำตัดสินแบบรวดเร็ว เราจะต้องให้คำตัดสินไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังจากที่เราได้รับเอกสารใบแสดงความ เห็นสนับสนุนของผู้ส่งจ่ายยาของคุณ

ฉันสามารถทำอะไรได้บ้างหากยาของฉันไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองหรือ มีข้อจำกัด

ในฐานะสมาชิกใหม่หรือสมาชิกต่อเนื่องในแผนของเรา คุณอาจกำลังใช้ยาที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความ คุ้มครองของเรา หรือคุณอาจใช้ยาที่อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราแต่มีข้อจำกัดในการคุ้มครอง เช่น การอนุญาตล่วงหน้า คุณควรพูดคุยกับผู้ส่งจ่ายยาของคุณเกี่ยวกับการร้องขอคำตัดสินให้ความ คุ้มครองเพื่อแสดงว่าคุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการอนุมัติ เปลี่ยนไปใช้ยาอื่นที่เราคุ้มครอง หรือ ขอยกเว้นรายชื่อยาในความคุ้มครองเพื่อให้เราคุ้มครองยาที่คุณใช้ ในขณะที่คุณและแพทย์ของคุณกำลัง พิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับคุณ ในบางกรณีเราอาจให้ความคุ้มครองยาของคุณในช่วง 90 วันแรกที่คุณเป็นสมาชิกของแผนของเรา

สำหรับยาแต่ละตัวที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของเราหรือมีข้อจำกัดด้านความคุ้มครอง เราจะ ให้ความคุ้มครองการจ่ายยาเป็นปริมาณ 30 วันเป็นการชั่วคราว หากใบสั่งยาของคุณสั่งจ่ายยาจำนวนวันที่ น้อยกว่านี้ เราจะอนุญาตให้เต็มยาได้สูงสุดเป็นปริมาณสำหรับ 30 วัน หากความคุ้มครองไม่ได้รับการอนุมัติ หลังจากการจ่ายยาให้เป็นปริมาณ 30 วันแรกของคุณแล้ว เราจะไม่จ่ายค่ายาเหล่านี้อีกแม้ว่าคุณจะเป็น สมาชิกของแผนน้อยกว่า 90 วันก็ตาม

หากคุณเป็นผู้อยู่อาศัยในสถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาวและคุณต้องการยาที่ไม่ได้อยู่ในราย ชื่อยาในความคุ้มครองของเรา หรือหากความสามารถในการรับยาของคุณมีจำกัด แต่คุณผ่านการเป็น สมาชิก 90 วันแรกในแผนของเรา เราจะคุ้มครองการจัดหาจ่ายฉุกเฉินเป็นปริมาณสำหรับ 31 วันในขณะที่คุณ พยายามขอข้อยกเว้นตามรายชื่อยาในความคุ้มครอง

หากคุณประสบกับการเปลี่ยนแปลงของระดับการดูแล (เช่น การออกจากหรือการรับเข้าการรักษาในสถาน พยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว) แพทย์หรือร้านขายยาของคุณสามารถโทรติดต่อศูนย์บริการผู้ให้บริการ ของเราและขอการยกเว้นกฎเกณฑ์แบบครั้งเดียวได้ การยกเว้นกฎเกณฑ์แบบครั้งเดียวนี้อาจจ่ายยาได้ สูงสุดเป็นปริมาณสำหรับ 30 วัน (เว้นแต่คุณจะมีใบสั่งยาที่สั่งจ่ายยาจำนวนวันที่น้อยกว่า)

ข้อมูลเพิ่มเติม

สำหรับข้อมูลโดยละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครองยาตามใบสั่งยาของแผนของคุณ โปรดดูหลักฐานแสดงความคุ้มครองและเอกสารแผนอื่นๆ ของคุณ

หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนของเรา โปรดติดต่อเรา ข้อมูลติดต่อของเราจนถึงวันที่ที่เราอัปเดตรายชื่อยาในความคุ้มครองล่าสุดจะปรากฏที่หน้าด้านในของปกหน้าและปกหลัง

หากคุณมีคำถามทั่วไปเกี่ยวกับความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์ตาม Medicare โปรดติดต่อ Medicare ที่ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ใช้ TTY ควรโทรที่ 1-877-486-2048 หรือไปที่ <http://www.medicare.gov>

รายชื่อยาในความคุ้มครองของแผนของเรา

รายชื่อยาในความคุ้มครองด้านล่างนี้ให้ข้อมูลความคุ้มครองเกี่ยวกับยาที่คุ้มครองภายใต้แผนของเรา หากคุณมีปัญหาในการค้นหาของคุณในรายการ ให้ไปที่ดัชนีที่เริ่มต้นในหน้า INDEX-1

คอลัมน์แรกของแผนภูมิแสดงชื่อยา ยาที่ใช้ชื่อยี่ห้อจะแสดงเป็น ตัวพิมพ์ใหญ่ (เช่น ELIQUIS) และยาสามัญจะแสดงเป็นตัวเอียงตัวพิมพ์เล็ก (เช่น *simvastatin*)

ข้อมูลในคอลัมน์ ข้อกำหนด/ข้อจำกัด จะแจ้งให้คุณทราบว่าแผนของเรามีข้อกำหนดพิเศษใดๆสำหรับความคุ้มครองของยาของคุณหรือไม่

- **NT** ย่อมาจาก Not Part D (ไม่ใช่ส่วน D): ยาที่ต้องมีใบสั่งยานี้ปกติแล้วไม่ได้คุ้มครองอยู่ในแผนยาที่ต้องมีใบสั่งยาของ Medicare จำนวนเงินที่คุณจ่ายเมื่อคุณเต็มยาตามใบสั่งยาสำหรับยานี้จะไม่นับรวมกับค่ายาทั้งหมดของคุณ (หมายความว่าจำนวนเงินที่คุณจ่ายไม่ได้ช่วยให้คุณมีคุณสมบัติในการรับความคุ้มครองขั้นสุดท้าย) นอกจากนี้ หากคุณได้รับโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (Extra Help) ในการชำระค่ายาตามใบสั่งยา คุณจะไม่ได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมใดๆ ในการชำระค่ายานี้
- **NM** หมายถึงยาดังกล่าวไม่สามารถใช้ได้ผ่านทางสิทธิประโยชน์การบริการทางไปรษณีย์รายเดือนของคุณ โดยระบุไว้ในคอลัมน์ ข้อกำหนด/ข้อจำกัด ของรายชื่อยาในความคุ้มครองของคุณ คุณอาจได้รับยาส่วนใหญ่ในรายชื่อยาในความคุ้มครองของคุณมากกว่าหนึ่งเดือนผ่านทางบริการทางไปรษณีย์ด้วยส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายที่ลดลง โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมในบทที่ 5 ของหลักฐานแสดงความคุ้มครองของคุณ
- **PA** ย่อมาจากการอนุญาตล่วงหน้า: โปรดดูรายละเอียดที่หน้า VI
- **PA-NS** ย่อมาจากการอนุญาตล่วงหน้าสำหรับยาใหม่: ซึ่งหมายความว่าหากยานี้เป็นยาใหม่สำหรับคุณ คุณจะต้องได้รับการอนุมัติจากเรา ก่อนที่คุณจะรับยาตามใบสั่งยาของคุณ หากคุณกำลังใช้ยานี้ในขณะที่ลงทะเบียน คุณจะไม่สามารถมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์สำหรับการอนุมัติ
- **B/D** ย่อมาจาก คุ้มครองภายใต้ Medicare B หรือ D: ยานี้อาจมีสิทธิได้รับการชำระเงินภายใต้ Medicare Part B หรือ Part D คุณ (หรือแพทย์ของคุณ) จะต้องได้รับการอนุญาตล่วงหน้าจากเราเพื่อพิจารณาว่ายานี้ได้รับการคุ้มครองภายใต้ Medicare Part D ก่อนที่คุณจะรับยาตามใบสั่งยาของคุณสำหรับยานี้ หากไม่ได้รับการอนุมัติล่วงหน้า เราจะไม่คุ้มครองยานี้
- **QL** ย่อมาจาก จำกัดปริมาณ: โปรดดูรายละเอียดที่หน้า VI
- **LA** ย่อมาจากยาประเภท การเข้าถึงแบบจำกัด ใบสั่งยานี้อาจมีเฉพาะในร้านขายยาบางร้านเท่านั้น สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูรายชื่อร้านขายยา หรือโทรศัพท์ติดต่อบริการของสมาชิกที่หมายเลขโทรศัพท์ หรือเว็บไซต์แผนของคุณที่แสดงอยู่ด้านในของปกหน้าและปกหลังของรายชื่อยานี้ โดยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคมจะมีตัวแทนให้บริการเจ็ดวันต่อสัปดาห์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน ตัวแทนจะให้บริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น.
- **ST** ย่อมาจาก การรักษาแบบเป็นขั้นตอน: โปรดดูรายละเอียดที่หน้า VI
- **^** ย่อมาจากยาที่อาจจ่ายได้สูงสุด 30 วันเท่านั้น

จำนวนเงิน การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล/การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ ของระดับยา

ยาที่ต้องมีใบสั่งยาจะถูกจัดกลุ่มเป็นหนึ่งในทั้งหมดหกอันดับ ในการคำนวณหาระดับยาของคุณ ให้ดูที่คอลัมน์ระดับยา ของรายชื่อยาในความคุ้มครองที่เริ่มต้นในหน้า 1 โปรดดูข้อมูลโดยละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองสำหรับใบสั่งยา รวมถึงความรับผิดชอบแรกที่คุณอาจมีผลบังคับใช้ได้ที่ หลักฐานแสดงความคุ้มครองและเอกสารแผนอื่นๆ ของคุณ

- **ระดับ 1 (ยาสามัญที่ให้สิทธิพิเศษ)** ประกอบด้วยยาสามัญที่ให้สิทธิพิเศษ และอาจรวมถึงยาบางยี่ห้อ

- การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีสิทธิพิเศษ: \$0
- การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาตรฐาน: \$5

- **ระดับ 2 (สามัญ)** ประกอบด้วยยาสามัญและอาจรวมถึงยาบางยี่ห้อ

- การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีสิทธิพิเศษ: \$0
- การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาตรฐาน: \$10

- **ระดับ 3 (ยี่ห้อที่มีสิทธิพิเศษ)** รวมถึงยี่ห้อที่มีสิทธิพิเศษและอาจรวมถึงยาสามัญบางชนิด

คุณจะไม่ต้องจ่ายเงินเกิน \$35 สำหรับผลิตภัณฑ์อินซูลินที่ได้รับการคุ้มครองแต่ละรายการในระดับนี้ในปริมาณสำหรับ 1 เดือน หากระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายต่ำกว่า \$35 คุณจะจ่ายค่าอินซูลินของคุณในราคาที่ถูกลง

- ช่วงการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ที่มีสิทธิพิเศษ: 18% - 25%
- การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์มาตรฐาน: 25%

- **ระดับ 4 (ยาที่ไม่ให้สิทธิพิเศษ)** รวมถึงยี่ห้อที่ไม่ให้สิทธิพิเศษ และยาสามัญที่ไม่ให้สิทธิพิเศษ

คุณจะไม่ต้องจ่ายเงินเกิน \$35 สำหรับผลิตภัณฑ์อินซูลินที่ได้รับการคุ้มครองแต่ละรายการในระดับนี้ในปริมาณสำหรับ 1 เดือน หากระดับการแบ่งค่าใช้จ่ายต่ำกว่า \$35 คุณจะจ่ายค่าอินซูลินของคุณในราคาที่ถูกลง

- ช่วงการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ที่มีสิทธิพิเศษ: 32% - 50%
- ช่วงการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์มาตรฐาน: 32% - 50%

- **ระดับ 5 (ระดับยาเฉพาะทาง)** ประกอบด้วยยาที่มีราคาสูงและยาสามัญ ยาในระดับนี้ไม่มีสิทธิ์ได้รับข้อยกเว้นสำหรับการชำระเงินในระดับที่ต่ำกว่า
 - ช่วงการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์ที่มีสิทธิพิเศษ: 28% - 33%
 - ช่วงการร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์มาตรฐาน: 28% - 33%
- **ระดับ 6 (ยารักษาโรคเรื้อรัง)** ประกอบไปด้วยยาสามัญบางชนิดและยาบางยี่ห้อที่นิยมใช้ในการรักษาภาวะเรื้อรังที่เฉพาะเจาะจงหรือเพื่อป้องกันโรค (วัคซีน)
 - การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีสิทธิพิเศษ: \$0
 - การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาตรฐาน: \$0

ดูหลักฐานแสดงความคุ้มครองหรือสรุปสิทธิประโยชน์สำหรับการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล/การร่วมจ่ายเป็นเปอร์เซ็นต์และจำนวนเงินที่เกี่ยวข้องของคุณ

Table of Contents

เวชภัณฑ์อื่นๆ.....	3
การวินิจฉัย/สารอื่นๆ.....	3
จักรุวิทยา.....	6
ยาต้านการติดเชื้อ.....	9
ยาต้านมะเร็ง/ยากดภูมิคุ้มกัน.....	24
ยารักษาโรค หู คอ จมูก.....	38
ยารักษาโรคระบบประสาทอัตโนมัติ/ระบบประสาทส่วนกลาง โรคทางระบบประสาท/โรคทางจิตเวช.....	38
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก/โรคข้อและรูมาติสซั่ม.....	60
ระบบต่อมไร้ท่อ/โรคเบาหวาน.....	63
ระบบทางเดินปัสสาวะ.....	71
ระบบทางเดินหายใจและโรคภูมิแพ้.....	72
ระบบทางเดินอาหาร.....	77
ระบบผิวหนัง/ยาทาภายนอก.....	82
ระบบภูมิคุ้มกัน วัคซีน/เทคโนโลยีชีวภาพ.....	88
ระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง.....	93
วิตามิน ยาบำรุงเลือด/อิเล็กทรอนิกส์.....	103
สุติศาสตร์/นรีเวชวิทยา.....	107

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
เวชภัณฑ์อื่นๆ		
เวชภัณฑ์อื่นๆ		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	2	BD or Embecta preferred
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (15 EA per 30 days)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	BD or Embecta preferred
การวินิจฉัย/สารอื่นๆ		
สารช่วยเลิกบุหรี่		
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	2	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	3	
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	2	
varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	2	
สารอื่นๆ		
acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
acetic acid irrigation solution 0.25 %	2	
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	2	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	5^	PA; LA
cevimeline oral capsule 30 mg	2	
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	4	
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	B/D
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	4	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	5^	PA
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	4	PA
deferasirox oral tablet 90 mg	2	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	4	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	5^	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	4	
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	2	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	2	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	2	
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	2	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution	4	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous parenteral solution	2	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	2	
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution	4	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
droxidopa oral capsule 100 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	5^	PA; QL (180 EA per 30 days)
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	5^	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5^	PA; LA
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	2	
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	2	
levocarnitine oral tablet 330 mg	2	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	5^	PA
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	2	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5^	PA; LA
riluzole oral tablet 50 mg	2	
risedronate oral tablet 30 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	2	
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	2	
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	5^	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	5^	PA
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	
sps (with sorbitol) rectal enema 30-40 gram/120 ml	2	
trientine oral capsule 250 mg	5^	PA
water for irrigation, sterile irrigation solution	4	
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	2	
จักษุวิทยา		
เบต้าบล็อกเกอร์		
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	2	
ยากกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	4	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %	1	
ยาชนิดรับประทานสำหรับโรคต่อหิน		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	2	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ยาต้านไวรัส		
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %, 0.09 %	4	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	2	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	2	
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	2	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
ยาปฏิชีวนะ		
ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	2	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1	
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	2	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
ยารักษาโรคต้อหินอื่นๆ		
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	3	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	2	
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	
ยารักษาโรคทางจักษุวิทยาอื่นๆ		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	1	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	3	QL (60 EA per 30 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5^	PA; LA
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 %	5^	PA
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5^	PA; QL (10 ML per 42 days)
สเตียรอยด์		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	4	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	4	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	2	
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	4	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	4	
สเตียรอยด์ผสมยาปฏิชีวนะ		
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	1	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	2	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	3	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	4	
ยาต้านการติดเชื้อ		
เซฟาโลสปอริน		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	2	
cefadroxil oral capsule 500 mg	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 500 mg/5 ml	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml	4	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 gram	4	
cefazolin injection recon soln 500 mg	2	
cefazolin intravenous recon soln 1 gram	4	
cefdinir oral capsule 300 mg	2	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
cefepime in dextrose,iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	4	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	4	
cefixime oral capsule 400 mg	2	
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	4	
cefoxitin in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	2	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	2	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	4	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 50 mg/5 ml	2	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	2	
cefprozil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 6 gram	4	
ceftazidime injection recon soln 2 gram	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	4	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	4	
ceftriaxone injection recon soln 250 mg, 500 mg	2	
ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	4	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	2	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	2	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
tazicef injection recon soln 1 gram, 6 gram	2	
tazicef injection recon soln 2 gram	4	
tazicef intravenous recon soln 1 gram	2	
tazicef intravenous recon soln 2 gram	4	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5^	
เตตราไซคลีน		
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	4	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	2	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	2	
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	4	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	4	
เพนิซิลลิน		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	
amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	2	
ampicillin oral capsule 500 mg	1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	4	
ampicillin sodium injection recon soln 10 gram	2	
ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	2	
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	2	
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml	2	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	2	
nafcillin injection recon soln 10 gram	5^	
oxacillin injection recon soln 1 gram	2	
oxacillin injection recon soln 10 gram, 2 gram	4	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	4	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	4	
penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit	2	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	4	
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM INTRAVENOUS RECON SOLN 13.5 GRAM	4	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	4	
piperacil-tazobact 13.5 gm vl inner, muv, p/f 13.5 gram	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ควิโนโลน		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml	2	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 400 mg/200 ml	4	
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml	4	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml	4	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	2	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	4	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
moxifloxacin oral tablet 400 mg	2	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	2	
ยากลุ่มซัลฟา/ยาที่เกี่ยวข้อง		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	1	
ยาต้านเชื้อรา		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	B/D
amphotericin b injection recon soln 50 mg	2	B/D
caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	2	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5^	PA
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml	4	
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml	2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	5^	PA
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	4	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	4	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	4	
itraconazole oral capsule 100 mg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole oral tablet 200 mg	2	PA
miconazole intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	4	
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	2	
nystatin oral tablet 500,000 unit	2	
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg	5^	PA; QL (96 EA per 30 days)
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	5^	PA
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	5^	PA
voriconazole oral tablet 200 mg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
voriconazole oral tablet 50 mg	4	PA; QL (480 EA per 30 days)
ยาต้านไวรัส		
abacavir oral solution 20 mg/ml	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
abacavir oral tablet 300 mg	2	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	2	
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (5 ml)	4	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	4	B/D
adefovir oral tablet 10 mg	4	
amantadine hcl oral capsule 100 mg	2	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	2	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5^	
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	2	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5^	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5^	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5^	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5^	
darunavir oral tablet 600 mg	5^	QL (60 EA per 30 days)
darunavir oral tablet 800 mg	5^	QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5^	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5^	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5^	
efavirenz oral tablet 600 mg	2	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	5^	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	5^	
emtricitabine oral capsule 200 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	5^	QL (30 EA per 30 days)
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	5^	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5^	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
fosamprenavir oral tablet 700 mg	4	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5^	
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5^	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5^	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5^	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	2	
lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg	2	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	2	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET 90-400 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5^	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	2	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	2	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	5^	
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
nevirapine oral tablet 200 mg	2	
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5^	
oseltamivir oral capsule 30 mg	2	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg	2	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	2	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)-100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5)	3	QL (20 EA per 90 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	QL (30 EA per 90 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5^	
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5^	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5^	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 EA per 30 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (120 EA per 365 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5^	
ribavirin oral capsule 200 mg	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	2	
rimantadine oral tablet 100 mg	4	
ritonavir oral tablet 100 mg	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5^	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG	5 [^]	PA; QL (28 EA per 28 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5 [^]	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5 [^]	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5 [^]	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5 [^]	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5 [^]	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5 [^]	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5 [^]	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5 [^]	LA
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	5 [^]	
valganciclovir oral tablet 450 mg	3	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5 [^]	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5 [^]	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5 [^]	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	5 [^]	
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	3	
zidovudine oral capsule 100 mg	2	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	2	
zidovudine oral tablet 300 mg	2	
ยาต้านการติดเชื้ออื่นๆ		
albendazole oral tablet 200 mg	5 [^]	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	4	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5^	PA; LA
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	4	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	2	
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5^	PA; LA; QL (84 ML per 56 days)
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	1	
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml	2	
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 600 mg/50 ml	4	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	5^	QL (30 EA per 10 days)
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	2	
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	5^	
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5^	
ertapenem injection recon soln 1 gram	4	QL (14 EA per 14 days)
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	2	
gentamicin injection solution 40 mg/ml	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	4	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	4	
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
ivermectin oral tablet 3 mg	3	PA; QL (20 EA per 30 days)
linezolid 600 mg/300 ml-0.9% nacl single-use	4	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	4	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	5^	QL (1800 ML per 30 days)
linezolid oral tablet 600 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 600 MG/300 ML	4	
mefloquine oral tablet 250 mg	2	
meropenem intravenous recon soln 1 gram	3	QL (30 EA per 10 days)
meropenem intravenous recon soln 500 mg	3	QL (10 EA per 10 days)
metro i.v. intravenous piggyback 500 mg/100 ml	2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
neomycin oral tablet 500 mg	2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	5^	QL (12 EA per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	2	B/D; QL (1 EA per 28 days)
pentamidine injection recon soln 300 mg	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	4	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
pyrazinamide oral tablet 500 mg	2	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	5^	PA
quinine sulfate oral capsule 324 mg	4	PA
rifabutin oral capsule 150 mg	2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5^	PA; LA
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	5^	QL (60 EA per 30 days)
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	5^	
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	5^	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin sulfate injection recon soln 1.2 gram	2	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	2	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	3	QL (4000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	3	QL (1000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	3	QL (4050 ML per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	4	QL (20 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.25 gram	4	QL (16 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.5 gram	4	QL (14 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 10 gram, 5 gram	4	QL (2 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	2	QL (10 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	4	QL (27 EA per 10 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
vancomycin oral capsule 125 mg	4	QL (40 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	4	QL (80 EA per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
ยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ:		
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	4	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg	4	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg	2	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	4	
trimethoprim oral tablet 100 mg	2	
อิริโทรมัยซิน/ยาในกลุ่มแมโครไลด์อื่นๆ		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	4	
azithromycin oral packet 1 gram	4	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	2	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	2	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5^	QL (20 EA per 10 days)
ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	2	
erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg	2	
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	3	
erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg	2	
ยาต้านมะเร็ง/ยากดภูมิคุ้มกัน		
ยาเสริม		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	2	
mesna oral tablet 400 mg	5^	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5^	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5^	B/D
ยาต้านมะเร็ง/ยากดภูมิคุ้มกัน		
abiraterone oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	4	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS, DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 180 days)
anastrozole oral tablet 1 mg	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	5^	B/D
azathioprine oral tablet 50 mg	2	B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	B/D

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
bexarotene oral capsule 75 mg	5^	PA-NS
bexarotene topical gel 1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
bicalutamide oral tablet 50 mg	2	
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	5^	B/D
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	5^	B/D
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5^	PA-NS; QL (330 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml	2	B/D
cisplatin intravenous solution 1 mg/ml	2	B/D
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5^	B/D
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5^	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5^	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	4	B/D
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	B/D
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	2	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	2	B/D
cytarabine injection solution 20 mg/ml	2	
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg, 70 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	5^	B/D
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	2	B/D
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	5^	B/D
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA-NS

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA-NS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML	4	B/D
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5^	PA-NS
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	3	B/D
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5^	B/D
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	2	B/D
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	5^	
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	5^	PA-NS; QL (150 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	3	B/D
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	5^	B/D
exemestane oral tablet 25 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5^	PA-NS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA-NS
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml	5^	B/D
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	2	B/D
gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)	2	B/D
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	2	B/D
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	2	B/D
gengraf oral solution 100 mg/ml	2	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	5^	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5^	PA-NS; QL (126 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5^	PA-NS; QL (168 EA per 28 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
imatinib oral tablet 100 mg	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5^	PA-NS; QL (280 ML per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (5 EA per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml	5^	B/D
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	3	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	5^	B/D
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	PA-NS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (49 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5^	PA-NS; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5^	PA-NS; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	5^	PA-NS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
Ianreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	5^	PA-NS
lapatinib oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
letrozole oral tablet 2.5 mg	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5^	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	4	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5^	PA-NS; LA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5^	PA-NS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5^	
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5^	PA-NS; QL (140 EA per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5^	LA
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	4	PA
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	4	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5^	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml	5^	
mercaptopurine oral tablet 50 mg	2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	2	B/D

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	2	B/D
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	2	B/D
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	1	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	5^	PA-NS; LA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	2	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	5^	B/D
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	2	B/D
mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	2	B/D
mycophenolic acid dr 180 mg tb	2	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
mycophenolic acid dr 360 mg tb	2	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
nilutamide oral tablet 150 mg	5^	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS; QL (3 EA per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5^	
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	5^	PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	4	PA
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)	4	PA
octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)	5^	PA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5^	PA-NS; QL (96 ML per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	5^	PA-NS; QL (16 EA per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	5^	PA-NS; QL (20 EA per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5^	PA-NS; QL (24 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (14 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	4	B/D
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	4	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	2	B/D
paraplatin intravenous solution 10 mg/ml	2	B/D
pazopanib oral tablet 200 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	5^	B/D
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	4	B/D
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	B/D
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5^	
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5^	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (150 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5^	PA-NS; QL (336 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5^	PA-NS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5^	PA-NS; QL (224 EA per 28 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	B/D
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; QL (300 EA per 30 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5^	PA; LA
sirolimus oral solution 1 mg/ml	5^	B/D
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5^	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	5^	PA-NS
sorafenib oral tablet 200 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	2	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5^	PA-NS; QL (840 EA per 28 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5^	PA-NS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5^	B/D; LA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5^	PA-NS; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5^	PA-NS; LA
toremifene oral tablet 60 mg	5^	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5^	B/D
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	5^	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (64 EA per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (7 EA per 7 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (42 EA per 180 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml	2	
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	2	B/D
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5^	PA; LA; QL (84 EA per 28 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5^	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5^	PA-NS; LA
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5^	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5^	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5^	PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	B/D
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ยารักษาโรค หู คอ จมูก		
ยาหยอดหูอื่นๆ		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	2	
flac otic oil otic (ear) drops 0.01 %	2	
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	2	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	2	
สเตียรอยด์/ยาปฏิชีวนะชนิดหยอดหู		
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	4	QL (7.5 ML per 7 days)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	2	
สารอื่นๆ		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)	2	QL (60 ML per 30 days)
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	2	QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	2	QL (45 ML per 30 days)
kourzeq dental paste 0.1 %	3	
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	2	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	4	
ยารักษาโรคระบบประสาทอัตโนมัติ/ระบบประสาทส่วนกลาง		
โรคทางระบบประสาท/โรคทางจิตเวช		
ยากันชัก		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	5^	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	2	
carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg	2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	4	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	2	QL (300 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg	2	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	4	
DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5^	PA-NS; LA
epitol oral tablet 200 mg	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	PA-NS
ethosuximide oral capsule 250 mg	2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	2	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	4	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5^	QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	1	QL (270 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	1	QL (360 EA per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)	2	QL (2160 ML per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg	4	PA; QL (180 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	5^	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	2	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
lacosamide oral tablet 50 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	1	
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	2	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	2	
lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	2	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5 ml (5 ml)	2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	5^	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	4	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	4	PA-NS
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	2	PA-NS
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	4	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	2	
phenytoin oral tablet, chewable 50 mg	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	2	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	2	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	1	
roweepra oral tablet 500 mg	2	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	5^	PA-NS; QL (2400 ML per 30 days)
rufinamide oral tablet 200 mg	2	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)
rufinamide oral tablet 400 mg	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	2	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)	2	
valproic acid oral capsule 250 mg	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1 ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10 MG/0.1 ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	5^	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY (150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5^	QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	QL (28 EA per 180 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5^	QL (28 EA per 180 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	5^	PA-NS
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (1100 ML per 30 days)
ยากลายกล้ามเนื้อ/ยาลดการหดเกร็ง		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	4	PA
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	2	
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	2	
ยาระงับปวดชนิดเสพติด		
acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml	2	QL (2700 ML per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml	4	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	4	QL (180 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	4	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	4	QL (150 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	2	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
methadone intensol oral concentrate 10 mg/ml	2	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	2	PA; QL (90 ML per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	2	PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine (pf) intravenous patient control analgesia soln 30 mg/30 ml (1 mg/ml)	4	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	2	QL (180 ML per 30 days)
morphine injection syringe 4 mg/ml	4	
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml	4	
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	4	
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 8 MG/ML	4	
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	QL (900 ML per 30 days)
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	2	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	2	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
ยาาระจับปวดชนิดไม่เสพติด		
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	2	QL (90 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	4	
butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml	2	QL (10 ML per 28 days)
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	2	
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
diclofenac sodium topical gel 1 %	2	Over the counter NDCs are not eligible for coverage under Medicare; QL (1000 GM per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	4	QL (224 GM per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	2	
diflunisal oral tablet 500 mg	2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	2	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	2	
etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg	2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	2	
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
meloxicam oral tablet 15 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
meloxicam oral tablet 7.5 mg	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	1	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	4	
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	2	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	2	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	2	
naltrexone oral tablet 50 mg	2	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	2	
tramadol oral tablet 50 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 380 MG	5^	
ยารักษาโรคไมเกรน/การปวดศีรษะแบบคลัสเตอร์		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 30 days)
dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml	5^	
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	2	QL (40 EA per 28 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	5^	PA; QL (16 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
ยารักษาโรคทางจิตเวช		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5^	QL (3.2 ML per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	QL (150 EA per 30 days)
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	4	
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	4	QL (900 ML per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5^	QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5^	QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5^	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5^	QL (3.2 ML per 28 days)
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5^	ST; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	2	QL (90 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg	1	
buspirone oral tablet 30 mg, 7.5 mg	2	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	2	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	4	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 50 mg	2	
chlorpromazine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg	4	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	2	
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	PA-NS
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg	4	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg	4	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	4	PA-NS; QL (360 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg	4	QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg	4	
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	4	QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5^	QL (56 EA per 180 days)
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	2	
diazepam injection syringe 5 mg/ml	2	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	2	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	2	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)	2	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	4	
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5^	QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	2	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5^	ST; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	4	ST; QL (8 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	QL (28 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	2	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	2	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5^	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5^	QL (5 ML per 180 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5^	QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5^	QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5^	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5^	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5^	QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5^	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5^	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5^	QL (2.63 ML per 90 days)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	2	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	2	
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	2	
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	2	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	2	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	QL (150 EA per 30 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml	2	QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml	2	QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	1	
mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	2	
modafinil oral tablet 100 mg	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	2	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	2	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	4	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	2	QL (3 EA per 1 day)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	4	QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	
phenelzine oral tablet 15 mg	2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	4	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	2	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5^	QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	2	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5^	QL (30 EA per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5^	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	2	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	1	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	2	
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 365 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5^	PA-NS; QL (14 EA per 365 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	4	PA-NS; QL (2.4 EA per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	PA-NS; QL (1.2 EA per 30 days)
ยารักษาโรคทางระบบประสาทอื่นๆ		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5^	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5^	PA; QL (28 EA per 180 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	5^	PA; QL (14 EA per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	5^	PA; QL (120 EA per 180 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
donepezil oral tablet 23 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	1	
fingolimod oral capsule 0.5 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	2	
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	5^	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	5^	PA; QL (12 ML per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	5^	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	5^	PA; QL (12 ML per 28 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5^	PA; LA; QL (28 EA per 180 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	2	PA
memantine oral solution 2 mg/ml	2	PA
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	2	PA
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5^	PA; QL (20 ML per 180 days)
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	5^	PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	5^	PA
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	2	QL (30 EA per 30 days)
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
ยารักษาโรคพาร์กินสัน		
benztropine injection solution 1 mg/ml	4	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	4	PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	2	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	2	
carbidopa oral tablet 25 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	2	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	2	
entacapone oral tablet 200 mg	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5^	PA; QL (300 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	4	
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	
pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg	2	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	2	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	2	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	2	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	3	PA
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก/โรคข้อและรูมาติสซั่ม		
โรคข้อและรูมาติสซั่มอื่นๆ		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5^	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (6 EA per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 180 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (4 EA per 28 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5^	PA; QL (55 EA per 180 days)
penicillamine oral tablet 250 mg	5^	
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5^	PA; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5^	PA; QL (84 EA per 180 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	QL (55 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (3 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
ยารักษาโรคเกาต์		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
colchicine oral capsule 0.6 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	2	
probenecid oral tablet 500 mg	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	2	
ยารักษาโรคกระดูกพรุน		
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	2	QL (300 ML per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	1	QL (4 EA per 28 days)
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml	2	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml	2	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	1	QL (1 EA per 30 days)
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	4	QL (1 ML per 180 days)
raloxifene oral tablet 60 mg	2	
risedronate oral tablet 150 mg	2	QL (1 EA per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	2	QL (4 EA per 28 days)
risedronate oral tablet 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg	2	QL (4 EA per 28 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	5^	PA; Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; QL (2.48 ML per 28 days)
ระบบต่อมไร้ท่อ/โรคเบาหวาน		
ยาต้านไทรอยด์		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	2	
ยารักษาโรคเบาหวาน		
acarbose oral tablet 100 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 25 mg	6	QL (360 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
acarbose oral tablet 50 mg	6	QL (180 EA per 30 days)
alcohol pads topical pads, medicated	2	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML	3	PA; QL (3.4 ML per 28 days)
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	5^	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 2 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML), 200 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
INSULIN GLARGINE U-300 CONC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML), 300 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 50-500 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	6	QL (75 EA per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	6	QL (150 EA per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	6	Generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	6	Generic for Glucophage XR; QL (60 EA per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 60 mg	6	QL (180 EA per 30 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	(brand RELION not covered)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	PA; QL (1.8 ML per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg	6	QL (960 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 1 mg	6	QL (480 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg	3	
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (15 ML per 25 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 ML per 30 days)
ฮอร์โมนไทรอยด์		
euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	2	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
ฮอร์โมนต่อมหมวกไต		
dexamethasone intensol oral drops 1 mg/ml	4	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	2	
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	2	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	2	B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	2	
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	2	
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	4	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	4	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
ฮอร์โมนอื่นๆ		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5^	PA
cabergoline oral tablet 0.5 mg	2	
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	2	
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	2	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	2	
cinacalcet oral tablet 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 60 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	5^	QL (120 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	5^	
desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	2	
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	2	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5^	PA
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5^	PA; LA
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	5^	PA
mifepristone oral tablet 300 mg	5^	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5^	PA; LA

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	2	
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	2	
sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg	5^	PA
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	5^	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5^	PA; LA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	2	
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	2	
testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	2	PA; QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	5^	PA
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	2	B/D
ระบบทางเดินปัสสาวะ		
ยาแอนติโคลีเนอร์จิก/ยาลดการหดเกร็ง		
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	3	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	2	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	2	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg	2	QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
trospium oral tablet 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
ยารักษาโรคต่อมลูกหมากโต (BPH)		
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	1	
dutasteride oral capsule 0.5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	1	
ระบบทางเดินปัสสาวะอื่นๆ		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	PA; LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)	2	
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
varidenafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)
ระบบทางเดินหายใจและโรคภูมิแพ้		
ยาแก้แพ้/ยาลดอาการแพ้		
adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)	4	
cetirizine oral solution 1 mg/ml	1	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
cypheptadine oral tablet 4 mg	4	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	2	
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	2	
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	2	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	2	Only Epinephrine NDCs starting with 00093 and 49502 are covered; QL (4 EA per 30 days)
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	4	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	4	PA
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	2	
levocetirizine oral tablet 5 mg	2	
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	4	
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	4	PA
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	4	PA
ยารักษาโรคระบบทางเดินหายใจ		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	2	B/D
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5^	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	2	8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	2	6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml	2	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	2	
alyq oral tablet 20 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 EA per 30 days)
arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml	4	B/D; QL (120 ML per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 GM per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	3	QL (10.7 GM per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	3	Breyna is generic for Symbicort; QL (30.9 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	4	B/D
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 GM per 30 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	3	B/D
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 ML per 30 days)
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	2	QL (16 GM per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	2	QL (60 EA per 30 days)
formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml	4	B/D; QL (120 ML per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5^	PA; LA; QL (20 EA per 30 days)
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	5^	PA; QL (27 ML per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	3	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	2	B/D
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	2	B/D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 5.8 MG	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml	2	B/D
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	2	QL (34 GM per 30 days)
montelukast oral granules in packet 4 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
montelukast oral tablet 10 mg	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	2	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5^	PA; LA; QL (112 EA per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5^	B/D
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	2	QL (30 EA per 30 days)
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	5^	PA; LA; QL (27 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	2	PA; generic for Revatio; QL (90 EA per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	5^	PA; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days)
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	
THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
theophylline oral elixir 80 mg/15 ml	2	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5^	PA; LA; QL (84 EA per 28 days)
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	3	18 gm inhaler; QL (36 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5^	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	2	

ระบบทางเดินอาหาร

ยาแก้ท้องเสีย/ยาแก้ปวดท้อง

dicyclomine oral capsule 10 mg	4	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	4	
dicyclomine oral tablet 20 mg	4	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	4	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	4	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
loperamide oral capsule 2 mg	2	

ยารักษาแผลในกระเพาะอาหาร

dexlansoprazole oral capsule, biphase delayed releas 30 mg, 60 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
---	---	------------------------

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	2	
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	2	
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	2	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	2	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	2	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
sucralfate oral suspension 100 mg/ml	4	
sucralfate oral tablet 1 gram	2	
ยารักษาโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ		
alosetron oral tablet 0.5 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
alosetron oral tablet 1 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg	2	B/D
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	2	B/D
balsalazide oral capsule 750 mg	2	
betaine oral powder 1 gram/scoop	5^	LA

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	2	
budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
compro rectal suppository 25 mg	2	
constulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000-180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	B/D; QL (60 EA per 30 days)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5^	PA; LA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5^	PA
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	2	
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	2	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)	2	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	2	B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	2	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	1	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5^	PA; QL (20 EA per 30 days)
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	4	QL (60 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	2	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg	4	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	2	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	2	
mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml	2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	4	QL (30 GM per 30 days)
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	2	
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	2	
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	2	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	2	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	2	
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	2	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	1	
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	2	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	2	
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 GM per 30 days)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5^	PA; QL (30 ML per 180 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5^	PA; QL (1.2 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5^	PA; QL (2.4 ML per 56 days)
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	2	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	5^	PA
sulfasalazine oral tablet 500 mg	2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	4	
ursodiol oral capsule 300 mg	3	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
VOWST ORAL CAPSULE	5^	PA; LA

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา

ระดับยา ข้อกำหนด/ข้อจำกัด

ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC)
10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000
UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000-
105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-
126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT,
60,000-189,600- 252,600 UNIT

3

ระบบผิวหนัง/ยาทาภายนอก

ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดทาภายนอก

ala-cort topical cream 1 %	1	
alclometasone topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	4	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	4	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
clobetasol scalp solution 0.05 %	2	QL (100 ML per 28 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	2	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical gel 0.05 %	4	QL (60 GM per 28 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical shampoo 0.05 %	4	QL (118 ML per 28 days)
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 28 days)
clodan topical shampoo 0.05 %	4	QL (118 ML per 28 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
desonide topical cream 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
desonide topical lotion 0.05 %	4	QL (118 ML per 30 days)
desonide topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	2	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical oil 0.01 %	2	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical solution 0.01 %	2	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide-e topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	2	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	2	QL (100 GM per 30 days)
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	4	QL (100 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	1	
hydrocortisone topical lotion 2 %, 2.5 %	2	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	2	
mometasone topical cream 0.1 %	2	
mometasone topical ointment 0.1 %	2	
mometasone topical solution 0.1 %	2	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triderm topical cream 0.5 %	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ยาฆ่าเหิด/ยาฆ่าเหาชนิดทาภายนอก		
malathion topical lotion 0.5 %	2	
permethrin topical cream 5 %	2	QL (60 GM per 30 days)
ยาต้านเชื้อราชนิดทาภายนอก		
ciclopirox topical cream 0.77 %	2	QL (90 GM per 28 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %	2	QL (100 GM per 28 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	4	QL (60 ML per 28 days)
clotrimazole topical cream 1 %	2	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole topical solution 1 %	2	QL (30 ML per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	2	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %	4	QL (60 ML per 28 days)
ketconazole topical cream 2 %	2	QL (60 GM per 28 days)
ketconazole topical shampoo 2 %	1	QL (120 ML per 28 days)
klayesta topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
naftifine topical cream 1 %	4	QL (90 GM per 28 days)
naftifine topical cream 2 %	4	QL (60 GM per 28 days)
naftifine topical gel 2 %	4	QL (60 GM per 28 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	2	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	2	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
ยาต้านแบคทีเรียชนิดทาภายนอก		
gentamicin topical cream 0.1 %	2	QL (30 GM per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	4	QL (30 GM per 30 days)
mupirocin topical ointment 2 %	1	QL (44 GM per 30 days)
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ยารักษาโรคผิวหนังอื่นๆ		
ammonium lactate topical cream 12 %	2	
ammonium lactate topical lotion 12 %	2	
dermacinrx lidocan topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5^	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5^	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5^	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
fluorouracil topical cream 5 %	2	QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	2	QL (10 ML per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	2	QL (60 ML per 30 days)
imiquimod topical cream in packet 5 %	2	QL (24 EA per 28 days)
lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)	2	
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)	2	
lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %	4	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %	4	QL (60 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	2	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	4	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	2	QL (50 GM per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	2	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	2	QL (30 GM per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan iv topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan v topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
pimecrolimus topical cream 1 %	4	QL (100 GM per 30 days)
podofilox topical solution 0.5 %	4	QL (7 ML per 28 days)
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5^	QL (15 GM per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 GM per 30 days)
silver sulfadiazine topical cream 1 %	2	
ssd topical cream 1 %	2	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	4	QL (100 GM per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
tridacaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5^	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days)
ยารักษาโรคสะเก็ดเงิน/ยารักษารังแค		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	4	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	4	QL (120 ML per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	4	QL (120 GM per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (10.8 ML per 30 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (10.8 ML per 30 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (2.5 ML per 28 days)
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	2	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (6 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (6 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (12 ML per 180 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
ยารักษาผิว		
acutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	
azelaic acid topical gel 15 %	4	QL (50 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	4	QL (75 GM per 30 days)
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	4	QL (75 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	4	QL (60 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	2	QL (60 ML per 30 days)
ery pads topical swab 2 %	4	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	2	QL (60 ML per 30 days)
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg	4	
metronidazole topical cream 0.75 %	4	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical gel 0.75 %	4	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical lotion 0.75 %	4	QL (59 ML per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
tazarotene topical cream 0.1 %	3	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	4	PA
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	

ระบบภูมิคุ้มกัน วัคซีน/เทคโนโลยีชีวภาพ

ยาจากเทคโนโลยีชีวภาพ

ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5^	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5^	PA; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5^	PA-NS; LA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5^	PA; QL (14 EA per 28 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5^	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5^	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5^	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5^	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	5^	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5^	PA; QL (4 ML per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5^	PA

วัคซีน/ยารักษาโรคระบบภูมิคุ้มกันอื่นๆ

ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA \$0 for age 19 and older
--	---	----------------------------------

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	NM
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA \$0 for age 60 and older only
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	NM
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5^	PA; NM; LA
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
DENGVAIXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	6	NM
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	6	B/D; NM
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	B/D; NM
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	3	NM
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5^	PA; NM

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5^	PA; NM
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5^	PA; NM
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5^	PA; NM; LA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5^	PA; NM; LA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5^	PA; NM
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	NM; IRA \$0 up to age 45
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	NM; IRA \$0 up to age 45
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	NM
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	6	NM
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	6	NM
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	6	NM
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	6	NM

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	6	NM
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	NM
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	6	NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	6	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	6	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	6	NM
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	6	NM
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA \$0 for age 60 and older only
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5^	PA; NM
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	5^	PA; NM
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	NM
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	6	NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	6	NM
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	6	NM
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5^	PA; NM

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	6	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	6	NM
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	NM
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (2 EA per 999 days)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML	6	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	NM
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	B/D; NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	6	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	NM

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	6	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	NM
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	NM
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	6	NM
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	6	NM
ระบบหัวใจและหลอดเลือด		
โรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง		
ไนเตรต		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	
nitro-bid transdermal ointment 2 %	4	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	2	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	2	
ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (450 ML per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	2	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)	2	QL (60 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	4	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	5^	PA
ยารักษาการแข็งตัวของเลือด		
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	1	
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
DOPTelet (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
DOPTelet (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
DOPTelet (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	QL (74 EA per 180 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	4	
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5^	
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	2	
heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)	2	
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	3	
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	4	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	1	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5^	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5^	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	QL (51 EA per 180 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (775 ML per 28 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา

ระดับยา ข้อกำหนด/ข้อจำกัด

ยารักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ

amiodarone intravenous solution 50 mg/ml	2	
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
amiodarone oral tablet 200 mg	1	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	4	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	4	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	4	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
pacerone oral tablet 200 mg	1	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	1	

ยาลดไขมัน/คอเลสเตอรอล

amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram	2	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	2	
cholestyramine light oral powder 4 gram	2	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	2	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	2	
colesevelam oral tablet 625 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
colestipol oral granules 5 gram	2	
colestipol oral packet 5 gram	2	
colestipol oral tablet 1 gram	2	
ezetimibe oral tablet 10 mg	1	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	2	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	2	
fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	2	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	1	
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	2	
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	PA
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
prevalite oral powder 4 gram	2	
prevalite oral powder in packet 4 gram	2	
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา

ระดับยา ข้อกำหนด/ข้อจำกัด

ยาลดความดันโลหิต

acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	2	
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	2	
amiloride oral tablet 5 mg	1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	1	
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	1	
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	6	
betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	
candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
candesartan oral tablet 32 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	6	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	6	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr	2	
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	2	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	6	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	6	
furosemide injection solution 10 mg/ml	2	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	1	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	4	
hydralazine injection solution 20 mg/ml	2	
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	1	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	6	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	6	
losartan oral tablet 100 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
losartan oral tablet 25 mg, 50 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	2	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	2	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	1	
metyrosine oral capsule 250 mg	5^	PA
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	2	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	6	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	2	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
nebivolol oral tablet 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
nimodipine oral capsule 30 mg	2	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan oral tablet 5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	6	
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	2	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	2	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	6	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	6	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	6	
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	5^	PA; LA
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	1	
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml	2	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	2	
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	2	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
วิตามิน ยาบำรุงเลือด/อิเล็กทรอนิกส์		
ผลิตภัณฑ์ทางโภชนาการอื่นๆ		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	B/D

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	B/D
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	B/D
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	B/D
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	2	
electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution	4	
electrolyte-a intravenous parenteral solution	2	
intralipid intravenous emulsion 20 %	4	B/D
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	4	B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	4	B/D
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	4	B/D
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	B/D
วิตามิน/ยาบำรุงเลือด		
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution	1	NT
dodex injection solution 1,000 mcg/ml	1	NT

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	1	NT
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	2	
fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	2	
folic acid oral tablet 1 mg	1	NT
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	2	
อิเล็กโทรไลต์		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	1	
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	1	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	1	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	2	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	1	
klor-con oral packet 20 meq	2	
lactated ringers intravenous parenteral solution	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	3	
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	4	
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	4	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	4	
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	2	
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	2	
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml	4	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	2	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	2	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	2	
potassium chloride oral packet 20 meq	2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	2	
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 40 meq/l	4	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	2	
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	2	
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml, 4 meq/ml	4	
สุติศาสตร์/นรีเวชวิทยา		
เอสโตรเจน/โปรเจสทิน		
camila oral tablet 0.35 mg	2	
deblitane oral tablet 0.35 mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
emzahn oral tablet 0.35 mg	2	
errin oral tablet 0.35 mg	2	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	2	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	2	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	4	
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	4	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
gallifrey oral tablet 5 mg	2	
heather oral tablet 0.35 mg	2	
incassia oral tablet 0.35 mg	2	
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	4	
lyleq oral tablet 0.35 mg	2	
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
lyza oral tablet 0.35 mg	2	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	2	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	2	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	4	
nora-be oral tablet 0.35 mg	2	
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	2	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	2	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	4	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	2	
sharobel oral tablet 0.35 mg	2	
yuvaferm vaginal tablet 10 mcg	2	
โรคทางสูติศาสตร์/นรีเวชวิทยาอื่นๆ		
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	4	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	3	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	2	
terconazole vaginal suppository 80 mg	4	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	2	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2	
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2	
ยากุมกำเนิดชนิดรับประทาน/ยาที่เกี่ยวข้อง		
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	2	
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	3	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2	
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	2	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	2	
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
june fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg	2	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	2	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2	
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	2	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	2	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
syeda oral tablet 3-0.03 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ชื่อยา	ระดับยา	ข้อกำหนด/ข้อจำกัด
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	2	
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2	
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	2	

คุณสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของสัญลักษณ์และตัวย่อในตารางนี้ได้โดยไปที่จุดเริ่มต้นของตารางนี้
07/01/2025

ดัชนียาเสพติด

<i>abacavir</i>	15, 16	ALUNBRIG.....	24	<i>atazanavir</i>	16
<i>abacavir-lamivudine</i>	16	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	109	<i>atenolol</i>	98
ABELCET.....	14	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	109	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	98
ABILIFY ASIMTUFI.....	48	<i>alyq</i>	74	<i>atomoxetine</i>	49
ABILIFY MAINTENA.....	48	<i>amantadine hcl</i>	16	<i>atorvastatin</i>	96
<i>abiraterone</i>	24	<i>ambrisentan</i>	74	<i>atovaquone</i>	20
<i>abirtega</i>	24	<i>amikacin</i>	20	<i>atovaquone-proguanil</i>	20
ABRYSVO (PF).....	88	<i>amiloride</i>	98	<i>atropine</i>	8
<i>acamprosate</i>	3	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...	98	ATROVENT HFA.....	74
<i>acarbose</i>	63, 64	<i>amiodarone</i>	96	<i>aubra eq</i>	109
<i>accutane</i>	87	<i>amitriptyline</i>	48	AUGTYRO.....	24
<i>acebutolol</i>	98	<i>amlodipine</i>	98	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	109
<i>acetaminophen-codeine</i>	44	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	96	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	109
<i>acetazolamide</i>	6	<i>amlodipine-benazepril</i>	98	AUSTEDO.....	57
<i>acetic acid</i>	4, 38	<i>amlodipine-olmesartan</i>	98	AUSTEDO XR.....	57
<i>acetylcysteine</i>	73	<i>amlodipine-valsartan</i>	98	AUSTEDO XR TITRATION	
<i>acitretin</i>	86	<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i> ..	98	KT(WK1-4).....	57
ACTEMRA.....	60	<i>ammonium lactate</i>	85	AUVELITY.....	49
ACTEMRA ACTPEN.....	60	<i>amnestem</i>	87	<i>aviane</i>	109
ACTHIB (PF).....	89	<i>amoxapine</i>	48	AYVAKIT.....	24
ACTIMMUNE.....	88	<i>amoxicillin</i>	12	<i>azacitidine</i>	24
<i>acyclovir</i>	16	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	12	<i>azathioprine</i>	24
<i>acyclovir sodium</i>	16	<i>amphotericin b</i>	14	<i>azelaic acid</i>	87
ADACEL(TDAP		<i>ampicillin</i>	12	<i>azelastine</i>	8, 38
ADOLESN/ADULT)(PF).....	89	<i>ampicillin sodium</i>	12	<i>azithromycin</i>	23
<i>adefovir</i>	16	<i>ampicillin-sulbactam</i>	13	<i>aztreonam</i>	20
ADEMPAS.....	73	<i>anagrelide</i>	4	<i>azurette (28)</i>	109
<i>adrenalin</i>	72	<i>anastrozole</i>	24	<i>bacitracin</i>	7
ADVAIR HFA.....	73	ANORO ELLIPTA.....	74	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	7
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	47	<i>apraclonidine</i>	6	<i>baclofen</i>	43
AKEEGA.....	24	<i>aprepitant</i>	78	<i>balsalazide</i>	78
<i>ak-poly-bac</i>	7	<i>apri</i>	109	BALVERSA.....	24
<i>ala-cort</i>	82	APTOM.....	38	BARACLUDE.....	16
<i>albendazole</i>	19	APTIVUS.....	16	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	89
<i>albuterol sulfate</i>	73, 74	<i>aranelle (28)</i>	109	BELSOMRA.....	49
<i>alclometasone</i>	82	ARCALYST.....	88	<i>benazepril</i>	98
<i>alcohol pads</i>	64	AREXVY (PF).....	89	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	98
ALDURAZYME.....	70	<i>arformoterol</i>	74	BENDEKA.....	24
ALECENSA.....	24	ARIKAYCE.....	20	BENLYSTA.....	60
<i>alendronate</i>	63	<i>aripiprazole</i>	48, 49	<i>benztropine</i>	59
<i>alfuzosin</i>	72	ARISTADA.....	49	BESREMI.....	88
<i>aliskiren</i>	98	ARISTADA INITIO.....	49	<i>betaine</i>	78
<i>allopurinol</i>	62	<i>armodafinil</i>	49	<i>betamethasone dipropionate</i>	82
<i>alosetron</i>	78	ARNUITY ELLIPTA.....	74	<i>betamethasone valerate</i>	82
ALPHAGAN P.....	6	<i>asenapine maleate</i>	49	<i>betamethasone, augmented</i>	82
<i>alprazolam</i>	48	<i>aspirin-dipyridamole</i>	94	BETASERON.....	88
<i>altavera (28)</i>	109	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	3	<i>betaxolol</i>	6, 98

07/01/2025

<i>bethanechol chloride</i>	72	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	98, 99	CIMDUO.....	16
BEVESPI AEROSPHERE.....	74	CAPLYTA.....	50	<i>cinacalcet</i>	70
<i>bexarotene</i>	25	CAPRELSA.....	25	<i>ciprofloxacin</i>	14
BEXSERO.....	89	<i>captopril</i>	99	<i>ciprofloxacin hcl</i>	7, 14
<i>bicalutamide</i>	25	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	99	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	14
BICILLIN L-A.....	13	<i>carbamazepine</i>	39	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	38
BIKTARVY.....	16	<i>carbidopa</i>	59	<i>cisplatin</i>	25
<i>bisoprolol fumarate</i>	98	<i>carbidopa-levodopa</i>	59	<i>citalopram</i>	50
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ...	98	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>claravis</i>	87
BIVIGAM.....	89	<i>entacapone</i>	59	<i>clarithromycin</i>	23
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	109	<i>carboplatin</i>	25	<i>clindamycin hcl</i>	20
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	109	<i>carglumic acid</i>	4	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	20
BOOSTRIX TDAP.....	89	<i>carteolol</i>	6	<i>clindamycin phosphate</i>	20, 87, 108
BORTEZOMIB.....	25	<i>cartia xt</i>	99	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE	
<i>bortezomib</i>	25	<i>carvedilol</i>	99	FREE.....	103
<i>bosentan</i>	74	<i>caspofungin</i>	14	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF	
BOSULIF.....	25	CAYSTON.....	20	FREE.....	103
BRAFTOVI.....	25	<i>cefaclor</i>	9, 10	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT	
BREO ELLIPTA.....	74	<i>cefadroxil</i>	10	FREE.....	4
<i>breyana</i>	74	<i>cefazolin</i>	10	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-	
BREZTRI AEROSPHERE.....	74	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	10	FREE).....	104
BRILINTA.....	94	<i>cefdinir</i>	10	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-	
<i>brimonidine</i>	6	<i>cefepime</i>	10	FREE).....	104
<i>brinzolamide</i>	8	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i>	10	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-	
BRIVIACT.....	39	<i>cefixime</i>	10	FREE).....	104
<i>bromfenac</i>	7	<i>cefoxitin</i>	10	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-	
<i>bromocriptine</i>	59	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	10	FREE).....	104
BRUKINSA.....	25	<i>cefpodoxime</i>	10	<i>clobazam</i>	39
<i>budesonide</i>	74, 79	<i>cefprozil</i>	11	<i>clobetasol</i>	82
<i>bumetanide</i>	98	<i>ceftazidime</i>	11	<i>clobetasol-emollient</i>	82
<i>buprenorphine hcl</i>	44	<i>ceftriaxone</i>	11	<i>clodan</i>	82
<i>buprenorphine-naloxone</i>	45, 46	<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i>	11	<i>clomipramine</i>	50
<i>bupropion hcl</i>	49, 50	<i>cefuroxime axetil</i>	11	<i>clonazepam</i>	39
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	3	<i>cefuroxime sodium</i>	11	<i>clonidine</i>	99
<i>buspirone</i>	50	<i>celecoxib</i>	46	<i>clonidine hcl</i>	99
<i>butorphanol</i>	46	<i>cephalexin</i>	11	<i>clopidogrel</i>	94
BYDUREON BCISE.....	64	<i>cetirizine</i>	72	<i>clorazepate dipotassium</i>	50
<i>cabergoline</i>	70	<i>cevimeline</i>	4	<i>clotrimazole</i>	15, 84
CABOMETYX.....	25	CHEMET.....	4	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	84
<i>calcipotriene</i>	86	<i>chlorhexidine gluconate</i>	38	<i>clozapine</i>	50
<i>calcitonin (salmon)</i>	70	<i>chloroquine phosphate</i>	20	COARTEM.....	20
<i>calcitriol</i>	70	<i>chlorthalidone</i>	99	COBENFY.....	50
CALQUENCE.....	25	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	96	COBENFY STARTER PACK.....	50
CALQUENCE (ACALABRUTINIB		<i>cholestyramine light</i>	96	<i>colchicine</i>	63
MAL).....	25	<i>ciclopirox</i>	84	<i>colesevelam</i>	96
<i>camila</i>	107	<i>cilostazol</i>	94	<i>colestipol</i>	97
<i>camrese</i>	110			<i>colistin (colistimethate na)</i>	20
<i>candesartan</i>	98			COLUMVI.....	25

07/01/2025

COMBIGAN.....	8	<i>dasatinib</i>	26	<i>diflunisal</i>	46
COMBIVENT RESPIMAT.....	74	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	110	<i>difluprednate</i>	9
COMETRIQ.....	25	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	110	<i>digoxin</i>	94
COMPLERA.....	16	DAURISMO.....	26	<i>dihydroergotamine</i>	47
<i>compro</i>	79	<i>daysee</i>	110	DILANTIN.....	40
<i>constulose</i>	79	<i>deblitane</i>	107	DILANTIN EXTENDED.....	39
COPIKTRA.....	25	<i>deferasirox</i>	4	DILANTIN INFATABS.....	40
CORLANOR.....	93	DELSTRIGO.....	16	DILANTIN-125.....	40
COSENTYX.....	86	<i>demeclocycline</i>	11	<i>diltiazem hcl</i>	99
COSENTYX (2 SYRINGES).....	86	DENG VAXIA (PF).....	89	<i>dilt-xr</i>	99
COSENTYX PEN.....	86	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	107	<i>dimethyl fumarate</i>	58
COSENTYX PEN (2 PENS).....	86	<i>dermacinrx lidocan</i>	85	<i>diphenhydramine hcl</i>	73
COSENTYX UNOREADY PEN.....	86	DESCOVY.....	16	<i>diphenoxylate-atropine</i>	77
COTELLIC.....	26	<i>desipramine</i>	50	<i>dipyridamole</i>	94
CREON.....	79	<i>desloratadine</i>	73	<i>disopyramide phosphate</i>	96
CRESEMBA.....	15	<i>desmopressin</i>	70	<i>disulfiram</i>	5
<i>cromolyn</i>	8, 74, 79	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	110	<i>divalproex</i>	40
<i>cryselle (28)</i>	110	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	110	<i>docetaxel</i>	26
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> 104		<i>desonide</i>	83	<i>dodex</i>	104
<i>cyclobenzaprine</i>	44	<i>desvenlafaxine succinate</i>	51	<i>dofetilide</i>	96
<i>cyclophosphamide</i>	26	<i>dexamethasone</i>	68, 69	<i>donepezil</i>	58
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	26	<i>dexamethasone intensol</i>	68	DOPTelet (10 TAB PACK).....	94
<i>cyclosporine</i>	8, 26	<i>dexamethasone sodium phos</i>		DOPTelet (15 TAB PACK).....	94
<i>cyclosporine modified</i>	26	(pf).....	69	DOPTelet (30 TAB PACK).....	94
CYLTEZO(CF).....	61	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>dorzolamide</i>	8
CYLTEZO(CF) PEN.....	60	<i>phosphate</i>	9, 69	<i>dorzolamide-timolol</i>	8
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-		<i>dexlansoprazole</i>	77	<i>dotti</i>	107
HS.....	60	<i>dexmethylphenidate</i>	51	DOVATO.....	16
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV.60		<i>dextroamphetamine-</i>		<i>doxazosin</i>	99
<i>cyproheptadine</i>	73	<i>amphetamine</i>	51	<i>doxepin</i>	51
<i>cyred eq</i>	110	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	4	<i>doxercalciferol</i>	70
CYSTAGON.....	72	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	4	<i>doxorubicin</i>	26
CYSTARAN.....	8	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	4	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	26
<i>cytarabine</i>	26	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	4	<i>doxy-100</i>	11
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	5	<i>doxycycline hyclate</i>	11, 12
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	5	<i>doxycycline monohydrate</i>	12
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i> ... 4		<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	5	DRIZALMA SPRINKLE.....	51
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	5	<i>dronabinol</i>	79
<i>dabigatran etexilate</i>	94	DIACOMIT.....	39	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ..110	
<i>dalfampridine</i>	58	<i>diazepam</i>	39, 51	DROXIA.....	26
<i>danazol</i>	70	<i>diazepam intensol</i>	51	<i>droxidopa</i>	5
<i>dantrolene</i>	44	<i>diazoxide</i>	64	<i>duloxetine</i>	51
DANZITEN.....	26	<i>diclofenac potassium</i>	46	DUPIXENT PEN.....	85
<i>dapsone</i>	20	<i>diclofenac sodium</i>	7, 46	DUPIXENT SYRINGE.....	85
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)		<i>diclofenac-misoprostol</i>	46	<i>dutasteride</i>	72
(PF).....	89	<i>dicloxacillin</i>	13	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	72
<i>daptomycin</i>	20	<i>dicyclomine</i>	77	EDARBI.....	99
<i>darunavir</i>	16	DIFICID.....	23	EDARBYCLOR.....	99

07/01/2025

EDURANT.....	16	EPRONTIA.....	40	felbamate.....	40
efavirenz.....	16	ergocalciferol (vitamin d2).....	105	felodipine.....	100
efavirenz-emtricitabin-tenofov...	16	ergotamine-caffeine.....	47	fenofibrate.....	97
efavirenz-lamivu-tenofov disop..	16	ERIVEDGE.....	27	fenofibrate micronized.....	97
electrolyte-148.....	104	ERLEADA.....	27	fenofibrate nanocrystallized.....	97
electrolyte-48 in d5w.....	104	erlotinib.....	27	fenofibric acid (choline).....	97
electrolyte-a.....	104	errin.....	107	fentanyl.....	44
ELIGARD.....	27	ertapenem.....	20	fentanyl citrate.....	44
ELIGARD (3 MONTH).....	26	ery pads.....	87	FETZIMA.....	52
ELIGARD (4 MONTH).....	26	ery-tab.....	23	finasteride.....	72
ELIGARD (6 MONTH).....	26	ERYTHROCIN.....	23	finingolimod.....	58
elinest.....	110	erythrocine (as stearate).....	23	FINTEPLA.....	40
ELIQUIS.....	94	erythromycin.....	7, 23, 24	FIRMAGON KIT W DILUENT	
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		erythromycin with ethanol.....	87	SYRINGE.....	28
START.....	94	escitalopram oxalate.....	51	flac otic oil.....	38
ELLECE.....	27	esomeprazole magnesium.....	78	flecainide.....	96
ELMIRON.....	72	estarylla.....	110	fluconazole.....	15
ELREXFIO.....	27	estradiol.....	107	fluconazole in nacl (iso-osm).....	15
eluryng.....	108	estradiol valerate.....	107	flucytosine.....	15
EMGALITY PEN.....	47	estradiol-norethindrone acet....	107	fludrocortisone.....	69
EMGALITY SYRINGE.....	47	ethambutol.....	20	flunisolide.....	75
EMSAM.....	51	ethosuximide.....	40	fluocinolone.....	83
emtricitabine.....	16	ethynodiol diac-eth estradiol....	110	fluocinolone acetonide oil.....	38
emtricitabine-tenofovir (tdf).....	17	etodolac.....	46	fluocinolone and shower cap.....	83
EMTRIVA.....	17	etonogestrel-ethinyl estradiol...	109	fluocinonide.....	83
EMVERM.....	20	etoposide.....	27	fluocinonide-e.....	83
emzahh.....	107	etravirine.....	17	fluocinonide-emollient.....	83
enalapril maleate.....	100	EULEXIN.....	27	fluoride (sodium).....	105
enalapril-hydrochlorothiazide...	100	euthyrox.....	68	fluorometholone.....	9
ENBREL.....	61	everolimus (antineoplastic).....	27	fluorouracil.....	28, 85
ENBREL MINI.....	61	everolimus		fluoxetine.....	52
ENBREL SURECLICK.....	61	(immunosuppressive).....	27	fluphenazine decanoate.....	52
endocet.....	44	EVOTAZ.....	17	fluphenazine hcl.....	52
ENERGIX-B (PF).....	89	exemestane.....	27	flurbiprofen.....	46
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF).....	89	EXKIVITY.....	28	flurbiprofen sodium.....	7
enoxaparin.....	94	ezetimibe.....	97	fluticasone propionate.....	75, 83
enpresse.....	110	ezetimibe-simvastatin.....	97	fluticasone propion-salmeterol...	75
enskyce.....	110	FABRAZYME.....	70	fluvastatin.....	97
entacapone.....	59	falmina (28).....	110	fluvoxamine.....	52
entecavir.....	17	famciclovir.....	17	folic acid.....	105
ENTRESTO.....	94	famotidine.....	78	fondaparinux.....	95
enulose.....	79	famotidine (pf).....	78	formoterol fumarate.....	75
ENVARSUS XR.....	27	famotidine (pf)-nacl (iso-os).....	78	fosamprenavir.....	17
EPIDIOLEX.....	40	FANAPT.....	52	fosinopril.....	100
epinephrine.....	73	FARXIGA.....	64	fosinopril-hydrochlorothiazide..	100
epitol.....	40	FASENRA.....	75	FOTIVDA.....	28
EPKINLY.....	27	FASENRA PEN.....	74	FRUZAQLA.....	28
eplerenone.....	100	febuxostat.....	63	fulvestrant.....	28

<i>furosemide</i>	100	<i>granisetron hcl</i>	79	IBRANCE.....	29
FUZEON.....	17	<i>griseofulvin microsize</i>	15	<i>ibu</i>	46
<i>fyavolv</i>	107	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	15	<i>ibuprofen</i>	46
FYCOMPA.....	40	<i>guanfacine</i>	52, 100	<i>icatibant</i>	75
<i>gabapentin</i>	40, 41	GVOKE.....	64	ICLUSIG.....	29
<i>galantamine</i>	58	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	64	IDHIFA.....	29
<i>gallifrey</i>	108	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	64	<i>imatinib</i>	29
GAMASTAN.....	89	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	64	IMBRUVICA.....	29
GAMMAGARD LIQUID.....	89	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	64	<i>imipenem-cilastatin</i>	21
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		HAEGARDA.....	75	<i>imipramine hcl</i>	52
MCG/ML).....	90	<i>halobetasol propionate</i>	83	<i>imiquimod</i>	85
GAMMAKED.....	90	<i>haloperidol</i>	52	IMKELDI.....	29
GAMMAPLEX.....	90	<i>haloperidol decanoate</i>	52	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)....	90
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).	90	<i>haloperidol lactate</i>	52	INBRIJA.....	59
GAMUNEX-C.....	90	HAVRIX (PF).....	90	<i>incassia</i>	108
<i>ganciclovir sodium</i>	17	<i>heather</i>	108	INCRELEX.....	5
GARDASIL 9 (PF).....	90	<i>heparin (porcine)</i>	95	INCRUSE ELLIPTA.....	75
<i>gatifloxacin</i>	7	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	95	<i>indapamide</i>	100
GATTEX 30-VIAL.....	79	HEPARIN(PORCINE) IN 0.45%		INFANRIX (DTAP) (PF).....	90
GATTEX ONE-VIAL.....	79	NACL.....	95	INFLECTRA.....	79
GAUZE PAD.....	3	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> ...	95	INGREZZA.....	58
<i>gavilyte-c</i>	79	HEPLISAV-B (PF).....	90	INGREZZA INITIATION	
<i>gavilyte-g</i>	79	HIBERIX (PF).....	90	PK(TARDIV).....	58
GAVRETO.....	28	HUMIRA.....	61	INLYTA.....	29
<i>gefitinib</i>	28	HUMIRA PEN.....	61	INQOVI.....	29
<i>gemcitabine</i>	28	HUMIRA PEN PSOR-UEITS-		INREBIC.....	29
GEMCITABINE.....	28	ADOL HS.....	61	INSULIN ASP PRT-INSULIN	
<i>gemfibrozil</i>	97	HUMIRA(CF).....	62	ASPART.....	65
<i>generlac</i>	79	HUMIRA(CF) PEN.....	61	INSULIN ASPART U-100.....	65
<i>gengraf</i>	28	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-		INSULIN DEGLUDEC.....	65
<i>gentak</i>	7	HS.....	61	INSULIN GLARGINE U-300 CONC	65
<i>gentamicin</i>	7, 20, 84	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		INSULIN GLARGINE-YFGN.....	65
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	20	ADOL HS.....	61	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	21	HUMULIN R U-500 (CONC)		100.....	3
GENVOYA.....	17	INSULIN.....	64	INTELENCE.....	17
GILOTRIF.....	28	HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>intralipid</i>	104
<i>glatiramer</i>	58	KWIKPEN.....	64	<i>introvale</i>	110
<i>glatopa</i>	58	<i>hydralazine</i>	100	INVEGA HAFYERA.....	52
GLEOSTINE.....	28	<i>hydrochlorothiazide</i>	100	INVEGA SUSTENNA.....	53
<i>glimepiride</i>	64	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	44	INVEGA TRINZA.....	53
<i>glipizide</i>	64	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	44	INVOKAMET.....	65
<i>glipizide-metformin</i>	64	<i>hydrocortisone</i>	69, 79, 83	INVOKAMET XR.....	65
<i>glutamine (sickle cell)</i>	5	<i>hydromorphone</i>	44	INVOKANA.....	65
<i>glycopyrrolate</i>	77	<i>hydroxychloroquine</i>	21	IPOL.....	90
<i>glydo</i>	85	<i>hydroxyurea</i>	28	<i>ipratropium bromide</i>	38, 75
GLYXAMBI.....	64	<i>hydroxyzine hcl</i>	73	<i>ipratropium-albuterol</i>	75
GOMEKLI.....	28	<i>hydroxyzine pamoate</i>	73	<i>irbesartan</i>	100
<i>granisetron (pf)</i>	79	<i>ibandronate</i>	63	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	100

<i>irinotecan</i>	29	KISQALI.....	30	<i>levofloxacin</i>	14
ISENTRESS.....	17	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	30	<i>levofloxacin in d5w</i>	14
ISENTRESS HD.....	17	<i>klayesta</i>	84	<i>levonest (28)</i>	111
<i>isibloom</i>	110	<i>klor-con</i>	105	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	111
ISOLYTE S PH 7.4.....	104	<i>klor-con 10</i>	105	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ...	111
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	104	<i>klor-con 8</i>	105	<i>levora-28</i>	111
ISOLYTE-S.....	104	<i>klor-con m10</i>	105	<i>levo-t</i>	68
<i>isoniazid</i>	21	<i>klor-con m15</i>	105	<i>levothyroxine</i>	68
<i>isosorbide dinitrate</i>	93	<i>klor-con m20</i>	105	<i>levoxyl</i>	68
<i>isosorbide mononitrate</i>	93	KORLYM.....	70	LEXIVA.....	17
<i>isotretinoin</i>	87	KOSELUGO.....	30	LIBERVANT.....	41
<i>isradipine</i>	100	<i>kourzeq</i>	38	<i>lidocaine</i>	85
ITOVEBI.....	29	KRAZATI.....	30	<i>lidocaine (pf)</i>	85
<i>itraconazole</i>	15	<i>kurvelo (28)</i>	111	<i>lidocaine hcl</i>	85
<i>ivabradine</i>	94	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> ...	111	<i>lidocaine viscous</i>	86
<i>ivermectin</i>	21	<i>labetalol</i>	100	<i>lidocaine-prilocaine</i>	86
IWILFIN.....	29	<i>lacosamide</i>	41	<i>lidocan iii</i>	86
IXCHIQ (PF).....	90	<i>lactated ringers</i>	105	<i>lidocan iv</i>	86
IXIARO (PF).....	90	<i>lactulose</i>	79	<i>lidocan v</i>	86
JAKAFI.....	29	<i>lamivudine</i>	17	LILETTA.....	109
<i>jantoven</i>	95	<i>lamivudine-zidovudine</i>	17	<i>linezolid</i>	21
JANUMET.....	65	<i>lamotrigine</i>	41	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	21
JANUMET XR.....	65, 66	<i>lanreotide</i>	30	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> ...	21
JANUVIA.....	66	<i>lansoprazole</i>	78	LINEZOLID-0.9% SODIUM	
JARDIANCE.....	66	<i>lapatinib</i>	30	CHLORIDE.....	21
<i>jasmiel (28)</i>	110	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	111	LINZESS.....	79
JAYPIRCA.....	29	<i>larin 1/20 (21)</i>	111	<i>liothyronine</i>	68
JENTADUETO.....	66	<i>larin 24 fe</i>	111	<i>lisdexamfetamine</i>	53
JENTADUETO XR.....	66	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	111	<i>lisinopril</i>	100
<i>jinteli</i>	108	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	111	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	101
<i>jolessa</i>	110	<i>latanoprost</i>	8	<i>lithium carbonate</i>	53
<i>juleber</i>	110	LAZCLUZE.....	30	<i>lithium citrate</i>	53
JULUCA.....	17	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	17	LIVTENCITY.....	17
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	110	<i>leflunomide</i>	62	LOKELMA.....	5
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	111	<i>lenalidomide</i>	30	LONSURF.....	31
JYLAMVO.....	29	LENVIMA.....	30	<i>loperamide</i>	77
JYNNEOS (PF).....	91	<i>lessina</i>	111	<i>lopinavir-ritonavir</i>	17
KADCYLA.....	30	<i>letrozole</i>	30	<i>lorazepam</i>	54
KALYDECO.....	75	<i>leucovorin calcium</i>	24	<i>lorazepam intensol</i>	54
<i>kariva (28)</i>	111	LEUKERAN.....	30	LORBRENA.....	31
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	111	<i>leuprolide</i>	31	<i>loryna (28)</i>	111
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	111	<i>levalbuterol hcl</i>	75	<i>losartan</i>	101
KERENDIA.....	100	<i>levetiracetam</i>	41	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ...	101
<i>ketoconazole</i>	15, 84	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	41	<i>loteprednol etabonate</i>	9
<i>ketorolac</i>	7	<i>levobunolol</i>	6	<i>lovastatin</i>	97
KEYTRUDA.....	30	<i>levocarnitine</i>	5	<i>low-ogestrel (28)</i>	111
KINRIX (PF).....	91	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	5	<i>loxapine succinate</i>	54
<i>kionex (with sorbitol)</i>	5	<i>levocetirizine</i>	73	<i>lubiprostone</i>	79

LUMAKRAS.....	31	<i>methylphenidate hcl</i>	54	<i>mycophenolate sodium</i>	32
LUMIGAN.....	8	<i>methylprednisolone</i>	69	<i>myorisan</i>	88
LUMIZYME.....	70	<i>methylprednisolone acetate</i>	69	MYRBETRIQ.....	71
LUPRON DEPOT.....	31	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	69	<i>nabumetone</i>	46
<i>lurasidone</i>	54	<i>metoclopramide hcl</i>	80	<i>nadolol</i>	101
<i>luteru (28)</i>	111	<i>metolazone</i>	101	<i>nafcillin</i>	13
<i>lyleq</i>	108	<i>metoprolol succinate</i>	101	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	13
<i>lyllana</i>	108	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	101	<i>naftifine</i>	84
LYNPARZA.....	31	<i>metoprolol tartrate</i>	101	NAGLAZYME.....	70
LYSODREN.....	31	<i>metro i.v.</i>	21	<i>nalbuphine</i>	47
LYTGOBI.....	31	<i>metronidazole</i>	21, 87, 109	<i>naloxone</i>	47
<i>lyza</i>	108	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	21	<i>naltrexone</i>	47
<i>magnesium sulfate</i>	105	<i>metirosine</i>	101	NAMZARIC.....	58
MAGNESIUM SULFATE IN D5W	105	<i>mexiletine</i>	96	<i>naproxen</i>	47
<i>magnesium sulfate in water</i>	105	<i>micafungin</i>	15	<i>naproxen sodium</i>	47
<i>malathion</i>	84	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	112	<i>naratriptan</i>	47
<i>maraviroc</i>	17	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	112	NATACYN.....	7
<i>marlissa (28)</i>	111	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	112	<i>nateglinide</i>	66
MARPLAN.....	54	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	112	NAYZILAM.....	41
MATULANE.....	31	<i>midodrine</i>	5	<i>nebivolol</i>	101
<i>matzim la</i>	101	<i>mifepristone</i>	70	<i>nefazodone</i>	54
<i>meclizine</i>	79	<i>mili</i>	112	<i>neomycin</i>	21
<i>medroxyprogesterone</i>	108	<i>mimvey</i>	108	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	9
<i>mefloquine</i>	21	<i>minocycline</i>	12	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	7
<i>megestrol</i>	31	<i>minoxidil</i>	101	<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	9
MEKINIST.....	31	<i>mirtazapine</i>	54	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ...	7
MEKTOVI.....	31	<i>misoprostol</i>	78	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	9, 38
<i>meloxicam</i>	46	M-M-R II (PF).....	91	NERLYNX.....	32
<i>memantine</i>	58	<i>modafinil</i>	54	NEUPRO.....	60
MENACTRA (PF).....	91	<i>moexipril</i>	101	<i>nevirapine</i>	17, 18
MENQUADFI (PF).....	91	<i>molindone</i>	54	NEXPLANON.....	109
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	91	<i>mometasone</i>	75, 83	<i>niacin</i>	97
<i>mercaptapurine</i>	31	MONJUVI.....	32	<i>nicardipine</i>	101
<i>meropenem</i>	21	<i>mono-lynyah</i>	112	NICOTROL.....	3
<i>mesalamine</i>	80	<i>montelukast</i>	75, 76	NICOTROL NS.....	3
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	80	<i>morphine</i>	45	<i>nifedipine</i>	101
<i>mesna</i>	24	MORPHINE.....	45	<i>nikki (28)</i>	112
MESNEX.....	24	<i>morphine (pf)</i>	45	<i>nilutamide</i>	32
<i>metformin</i>	66	<i>morphine concentrate</i>	45	<i>nimodipine</i>	101
<i>methadone</i>	44, 45	MOUNJARO.....	66	NINLARO.....	32
<i>methadone intensol</i>	44	MOVANTIK.....	80	<i>nitazoxanide</i>	21
<i>methazolamide</i>	6	<i>moxifloxacin</i>	7, 14	<i>nitisinone</i>	5
<i>methenamine hippurate</i>	23	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	14	<i>nitro-bid</i>	93
<i>methimazole</i>	63	MRESVIA (PF).....	91	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	23
<i>methotrexate sodium</i>	32	MULTAQ.....	96	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	23
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	31, 32	<i>mupirocin</i>	84	<i>nitroglycerin</i>	80, 93
<i>methsuximide</i>	41	<i>mycophenolate mofetil</i>	32		

NIVESTYM.....	88	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	80
<i>nizatidine</i>	78		102
<i>nora-be</i>	108	<i>olopatadine</i>	38
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	109	<i>omeprazole</i>	78
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	108	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
<i>norethindrone acetate</i>	108	KT(GEN5).....	3
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN	
.....	108, 112	5).....	3
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	112	OMNIPOD DASH INTRO KIT	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	112	(GEN 4).....	3
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	112	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)....	3
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	112	OMNITROPE.....	88
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	112	<i>ondansetron</i>	80
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	112	<i>ondansetron hcl</i>	80
<i>nortriptyline</i>	54	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	80
NORVIR.....	18	ONUREG.....	33
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	66	OPSUMIT.....	76
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	66	ORGOVYX.....	33
NOVOLIN N FLEXPEN.....	66	ORKAMBI.....	76
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	66	ORSERDU.....	33
NOVOLIN R FLEXPEN.....	66	<i>oseltamivir</i>	18
NOVOLIN R REGULAR U100		OTEZLA.....	62
INSULIN.....	67	OTEZLA STARTER.....	62
NUBEQA.....	32	<i>oxacillin</i>	13
NUDEXTA.....	59	<i>oxaliplatin</i>	33
NULOJIX.....	32	<i>oxaprozin</i>	47
NUPLAZID.....	54, 55	<i>oxcarbazepine</i>	41
NURTEC ODT.....	47	OXERVATE.....	8
<i>nyamyc</i>	84	<i>oxybutynin chloride</i>	71, 72
<i>nystatin</i>	15, 84	<i>oxycodone</i>	45
<i>nystop</i>	84	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	45
NYVEPRIA.....	88	OZEMPIC.....	67
OALIVA.....	80	<i>pacerone</i>	96
OCREVUS.....	59	<i>paclitaxel</i>	33
OCTAGAM.....	91	<i>paliperidone</i>	55
<i>octreotide acetate</i>	32	<i>pamidronate</i>	71
ODEFSEY.....	18	PANRETIN.....	86
ODOMZO.....	32	<i>pantoprazole</i>	78
OFEV.....	76	PANZYGA.....	91
<i>ofloxacin</i>	8, 38	<i>paraplatin</i>	33
OGSIVEO.....	32, 33	<i>paricalcitol</i>	71
OJEMDA.....	33	<i>paroxetine hcl</i>	55
OJJAARA.....	33	PAXLOVID.....	18
<i>olanzapine</i>	55	<i>pazopanib</i>	33
<i>olmesartan</i>	101	PEDIARIX (PF).....	91
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>		PEDVAX HIB (PF).....	91
.....	102	<i>peg 3350-electrolytes</i>	80
		PEGASYS.....	88
		<i>peg-electrolyte soln</i>	80
		PEMAZYRE.....	33
		<i>pemetrexed disodium</i>	33
		PEN NEEDLE, DIABETIC.....	3
		PENBRAYA (PF).....	91
		<i>penicillamine</i>	62
		PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....	13
		<i>penicillin g potassium</i>	13
		<i>penicillin g sodium</i>	13
		<i>penicillin v potassium</i>	13
		PENTACEL (PF).....	91
		<i>pentamidine</i>	21
		<i>pentoxifylline</i>	95
		<i>perindopril erbumine</i>	102
		<i>periogard</i>	38
		<i>permethrin</i>	84
		<i>perphenazine</i>	55
		<i>pfizerpen-g</i>	13
		<i>phenelzine</i>	55
		<i>phenobarbital</i>	42
		<i>phenobarbital sodium</i>	42
		<i>phenytoin</i>	42
		<i>phenytoin sodium</i>	42
		<i>phenytoin sodium extended</i>	42
		<i>philith</i>	112
		PIFELTRO.....	18
		<i>pilocarpine hcl</i>	5, 8
		<i>pimecrolimus</i>	86
		<i>pimozide</i>	55
		<i>pimtree (28)</i>	112
		<i>pindolol</i>	102
		<i>pioglitazone</i>	67
		<i>pioglitazone-glimepiride</i>	67
		<i>pioglitazone-metformin</i>	67
		PIPERACILLIN-TAZOBACTAM.....	13
		<i>piperacillin-tazobactam</i>	13
		PIQRAY.....	33
		<i>pirfenidone</i>	76
		<i>piroxicam</i>	47
		<i>pitavastatin calcium</i>	97
		PLASMA-LYTE A.....	104
		PLENAMINE.....	104
		PLENVU.....	80
		<i>podofilox</i>	86
		<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	8
		POMALYST.....	33
		<i>portia 28</i>	112
		<i>posaconazole</i>	15

<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	PROGRAF.....	33	RHOPRESSA.....	8
..... 106	PROLASTIN-C.....	5	<i>ribavirin</i>	18
<i>potassium chloride</i>	PROLENSA.....	7	<i>rifabutin</i>	22
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	PROLIA.....	63	<i>rifampin</i>	22
<i>potassium chloride in 5 % dex..</i>	PROMACTA.....	95	<i>riluzole</i>	5
<i>potassium chloride in water</i>	<i>promethazine</i>	73	<i>rimantadine</i>	18
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	<i>propafenone</i>	96	RINVOQ.....	62
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i>	<i>propranolol</i>	102	RINVOQ LQ.....	62
..... 106	<i>propylthiouracil</i>	63	<i>risedronate</i>	5, 63
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	PROQUAD (PF).....	92	RISPERDAL CONSTA.....	56
..... 106	<i>protriptyline</i>	55	<i>risperidone</i>	56
<i>potassium citrate</i>	PULMOZYME.....	76	<i>ritonavir</i>	18
PRALUENT PEN.....	PURIXAN.....	33	<i>rivaroxaban</i>	95
<i>pramipexole</i>	<i>pyrazinamide</i>	22	<i>rivastigmine</i>	59
<i>prasugrel hcl</i>	<i>pyridostigmine bromide</i>	44	<i>rivastigmine tartrate</i>	59
<i>pravastatin</i>	<i>pyrimethamine</i>	22	<i>rizatriptan</i>	47, 48
<i>praziquantel</i>	QINLOCK.....	33	ROCKLATAN.....	8
<i>prazosin</i>	QUADRACEL (PF).....	92	<i>roflumilast</i>	76
<i>prednisolone</i>	<i>quetiapine</i>	55	ROMVIMZA.....	34
<i>prednisolone acetate</i>	QUETIAPINE.....	55	<i>ropinirole</i>	60
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	<i>quinapril</i>	102	<i>rosuvastatin</i>	97
..... 9, 69	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ..	102	ROTARIX.....	92
<i>prednisone</i>	<i>quinidine sulfate</i>	96	ROTATEQ VACCINE.....	92
<i>prednisone intensol</i>	<i>quinine sulfate</i>	22	<i>roweepra</i>	42
<i>pregabalin</i>	RABAVERT (PF).....	92	ROZLYTREK.....	34
PREMARIN.....	<i>rabeprazole</i>	78	RUBRACA.....	34
<i>premasol 10 %</i>	RADICAVA ORS.....	59	<i>rufinamide</i>	42
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	RADICAVA ORS STARTER KIT		RUKOBIA.....	18
<i>prevalite</i>	SUSP.....	59	RUXIENCE.....	34
PREVYMIS.....	RALDESY.....	55	RYBELSUS.....	67
PREZCOBIX.....	<i>raloxifene</i>	63	RYDAPT.....	34
PREZISTA.....	<i>ramipril</i>	102	<i>sajazir</i>	76
PRIFTIN.....	<i>ranolazine</i>	94	SANDIMMUNE.....	34
PRIMAQUINE.....	<i>rasagiline</i>	60	SANTYL.....	86
PRIMIDONE.....	<i>reclipsen (28)</i>	112	<i>sapropterin</i>	71
<i>primidone</i>	RECOMBIVAX HB (PF).....	92	SAVELLA.....	62
PRIORIX (PF).....	RECTIV.....	81	<i>saxagliptin</i>	67
PRIVIGEN.....	REGRANEX.....	86	SCSEMBLIX.....	34
<i>probenecid</i>	RELENZA DISKHALER.....	18	<i>scopolamine base</i>	81
<i>probenecid-colchicine</i>	<i>repaglinide</i>	67	SECUADO.....	56
<i>prochlorperazine</i>	RETACRIT.....	88	<i>selegiline hcl</i>	60
<i>prochlorperazine edisylate</i>	RETEVMO.....	34	<i>selenium sulfide</i>	87
<i>prochlorperazine maleate</i>	REVLIMID.....	34	SELZENTRY.....	18
<i>procto-med hc</i>	REVUFORJ.....	34	SEREVENT DISKUS.....	76
<i>proctosol hc</i>	REXULTI.....	55	<i>sertraline</i>	56
<i>proctozone-hc</i>	REYATAZ.....	18	<i>setlakin</i>	112
<i>progesterone</i>	REZLIDHIA.....	34	<i>sharobel</i>	108
<i>progesterone micronized</i>	REZUROCK.....	34	SHINGRIX (PF).....	92

SIGNIFOR.....	34	<i>sumatriptan</i>	48	TETANUS,DIPHThERIA TOX	
<i>sildenafil</i>	72	<i>sumatriptan succinate</i>	48	PED(PF).....	92
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	76	<i>sunitinib malate</i>	35	<i>tetrabenazine</i>	59
<i>silver sulfadiazine</i>	86	SUNLENCA.....	19	<i>tetracycline</i>	12
<i>simvastatin</i>	97	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	81	THALOMID.....	35
<i>sirolimus</i>	34	<i>syeda</i>	112	THEO-24.....	76
SIRTURO.....	22	SYMDEKO.....	76	<i>theophylline</i>	76
SKYRIZI.....	81, 87	SYMPAZAN.....	42	<i>thioridazine</i>	56
<i>sodium chloride</i>	6, 107	SYMTUZA.....	19	<i>thiothixene</i>	56
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	106	SYNJARDY.....	67	<i>tiadylt er</i>	103
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	5	SYNJARDY XR.....	67	<i>tiagabine</i>	42
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	107	SYNTHROID.....	68	TIBSOVO.....	35
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	107	TABLOID.....	35	TICOVAC.....	92
SODIUM OXYBATE.....	56	TABRECTA.....	35	<i>tigecycline</i>	22
<i>sodium phenylbutyrate</i>	6	<i>tacrolimus</i>	35, 86	<i>tilia fe</i>	113
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	6	<i>tadalafil</i>	72	<i>timolol maleate</i>	6, 103
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .	81	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	76	<i>tinidazole</i>	22
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	19	TAFINLAR.....	35	TIVICAY.....	19
<i>solifenacin</i>	72	TAGRISSO.....	35	TIVICAY PD.....	19
SOLQUA 100/33.....	67	TALVEY.....	35	<i>tizanidine</i>	44
SOLTAMOX.....	34	TALZENNA.....	35	TOBRADEX.....	9
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) ...	70	<i>tamoxifen</i>	35	<i>tobramycin</i>	8
SOMATULINE DEPOT.....	35	<i>tamsulosin</i>	72	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	22
SOMAVERT.....	71	<i>tarina 24 fe</i>	113	<i>tobramycin sulfate</i>	22
<i>sorafenib</i>	35	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	113	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	9
<i>sotalol</i>	96	TASIGNA.....	35	<i>tolterodine</i>	72
<i>sotalol af</i>	96	<i>tazarotene</i>	88	<i>tolvaptan</i>	71
<i>spironolactone</i>	102	<i>tazicef</i>	11	<i>topiramate</i>	42
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	102	<i>taztia xt</i>	102	<i>toremifene</i>	35
<i>sprintec (28)</i>	112	TAZVERIK.....	35	<i>torsemide</i>	103
SPRITAM.....	42	TECENTRIQ.....	35	TRADJENTA.....	67
<i>sps (with sorbitol)</i>	6	TEFLARO.....	11	<i>tramadol</i>	47
<i>sronyx</i>	112	<i>telmisartan</i>	102	<i>tramadol-acetaminophen</i>	47
<i>ssd</i>	86	<i>telmisartan-amlodipine</i>	102	<i>trandolapril</i>	103
STAMARIL (PF).....	92	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	102	<i>tranexamic acid</i>	109
STELARA.....	87	<i>temazepam</i>	56	<i>tranylcypromine</i>	56
STIVARGA.....	35	TENIVAC (PF).....	92	<i>travasol 10 %</i>	104
STREPTOMYCIN.....	22	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	19	<i>travoprost</i>	8
STRIBILD.....	19	TEPMETKO.....	35	TRAZIMERA.....	36
SUCRAID.....	81	<i>terazosin</i>	102	<i>trazodone</i>	56
<i>sucrafate</i>	78	<i>terbinafine hcl</i>	15	TRECATOR.....	22
<i>sulfacetamide sodium</i>	8	<i>terbutaline</i>	76	TRELEGY ELLIPTA.....	77
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	84	<i>terconazole</i>	109	TREMFYA.....	87
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	9	<i>teriflunomide</i>	59	TREMFYA PEN.....	87
<i>sulfadiazine</i>	14	TERIPARATIDE.....	63	TREMFYA PEN INDUCTION PK-	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .	14	<i>testosterone</i>	71	CROHN.....	87
<i>sulfasalazine</i>	81	<i>testosterone cypionate</i>	71	<i>treprostinil sodium</i>	103
<i>sulindac</i>	47	<i>testosterone enanthate</i>	71	<i>tretinoin</i>	88

<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	36	VALTOCO	43	XARELTO	95
<i>triamcinolone acetonide</i>	38, 83	<i>vancomycin</i>	22, 23	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	95
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	103	VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL	22	XATMEP	37
<i>tridacaine</i>	86	VANFLYTA	36	XCOPRI	43
<i>tridacaine ii</i>	86	VAQTA (PF)	93	XCOPRI MAINTENANCE PACK	43
<i>triderm</i>	83	<i>vardenafil</i>	72	XCOPRI TITRATION PACK	43
<i>trientine</i>	6	<i>varenicline tartrate</i>	3	XDEMVY	9
<i>tri-estarylla</i>	113	VARIVAX (PF)	93	XERMELO	37
<i>trifluoperazine</i>	56	VASCEPA	97	XGEVA	24
<i>trifluridine</i>	7	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	113	XIFAXAN	23
<i>trihexyphenidyl</i>	60	VEMLIDY	19	XIGDUO XR	68
TRIJARDY XR	67	VENCLEXTA	36	XOLAIR	77
TRIKAFTA	77	VENCLEXTA STARTING PACK	36	XOSPATA	37
<i>tri-legest fe</i>	113	<i>venlafaxine</i>	56, 57	XPOVIO	37
<i>tri-linyah</i>	113	VENTOLIN HFA	77	XTANDI	37
<i>tri-lo-estarylla</i>	113	<i>verapamil</i>	103	<i>xulane</i>	109
<i>tri-lo-marzia</i>	113	VERQUVO	94	XULTOPHY 100/3.6	68
<i>tri-lo-mili</i>	113	VERSACLOZ	57	YF-VAX (PF)	93
<i>tri-lo-sprintec</i>	113	VERZENIO	36	YUFLYMA(CF)	62
<i>trimethoprim</i>	23	<i>vestura (28)</i>	113	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- HS	62
<i>trimipramine</i>	56	<i>vienva</i>	113	YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR ...	62
TRINTELLIX	56	<i>vigabatrin</i>	43	<i>yuvaferm</i>	108
<i>tri-sprintec (28)</i>	113	<i>vigadrone</i>	43	<i>zafemy</i>	109
TRIUMEQ	19	<i>vigpoder</i>	43	<i>zafirlukast</i>	77
TRIUMEQ PD	19	<i>vilazodone</i>	57	ZEJULA	37
<i>trivora (28)</i>	113	VIMKUNYA	93	ZELBORAF	37
TRIZIVIR	19	<i>vincristine</i>	36	<i>zenatane</i>	88
TROGARZO	19	<i>vinorelbine</i>	36	ZENPEP	82
TROPHAMINE 10 %	104	<i>violele (28)</i>	113	<i>zidovudine</i>	19
<i>trospium</i>	72	VIRACEPT	19	<i>ziprasidone hcl</i>	57
TRULICITY	68	VIREAD	19	<i>ziprasidone mesylate</i>	57
TRUMENBA	92	VITRAKVI	36	ZIRABEV	37
TRUQAP	36	VIVITROL	47	ZIRGAN	7
TUKYSA	36	VIZIMPRO	36	<i>zoledronic acid</i>	71
TURALIO	36	VONJO	36	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> ...	6
<i>turqoz (28)</i>	113	VORANIGO	36, 37	ZOLINZA	37
TWINRIX (PF)	93	<i>voriconazole</i>	15	<i>zolmitriptan</i>	48
TYPHIM VI	93	VOWST	81	<i>zolpidem</i>	57
<i>unithroid</i>	68	VRAYLAR	57	ZONISADE	43
<i>ursodiol</i>	81	VYNDAQEL	94	<i>zonisamide</i>	43
<i>valacyclovir</i>	19	VYZULTA	8	<i>zovia 1-35 (28)</i>	113
VALCHLOR	86	<i>warfarin</i>	95	ZTALMY	43
<i>valganciclovir</i>	19	<i>water for irrigation, sterile</i>	6	<i>zumandimine (28)</i>	113
<i>valproate sodium</i>	42	WELIREG	37	ZURZUVAE	57
<i>valproic acid</i>	43	<i>wera (28)</i>	113	ZYDELIG	37
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	43	XALKORI	37	ZYKADIA	37
<i>valsartan</i>	103	<i>xarah fe</i>	113		
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	103				

`Ohana Health Plan เป็นแผนที่มีให้โดย WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.

Health Net Life Insurance Company ทำสัญญากับ Medicare เพื่อให้บริการแผน PPO “Wellcare by Health Net” เป็นผลิตภัณฑ์ที่ออกโดย Health Net Life Insurance Company

“Wellcare” ออกโดย WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc.

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 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-877-374-4056 (TTY: 711). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-877-374-4056 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-877-374-4056 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-374-4056 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-374-4056 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-877-374-4056（TTY：711）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Loa‘a iā mākou nā lawelawe unuhi ‘ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au paha. No ka loa‘a ‘ana o ka unuhi ‘ōlelo e kelepona iā mākou ma 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hiki i kekahi kanaka ‘ōlelo Hawai‘i ke kōkua iā ‘oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti 1-877-374-4056 (TTY: 711). Mabalín nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na’o le vili mai a matou i le 1-877-374-4056 (TTY: 711). E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄື້ນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថបូគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

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 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-844-428-2224(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوَقِّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-844-428-2224 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-844-428-2224 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-844-428-2224 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-844-428-2224 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-844-428-2224 (TTY : 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের 1-844-428-2224 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

Nepali: हाम्रा स्वास्थ्य वा औषधिसम्बन्धी प्लानहरूको सम्बन्धमा तपाईंसँग हुन सक्ने जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। कुनै दोभासेको सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले 1-844-428-2224 (TTY: 711) मा हामीलाई कल मात्र गरे पुग्छ। नेपाली भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मदत गर्नुहुने छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

Swahili: Tuna huduma za mkalimani zisizolipiwa wa kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie tu simu kupitia 1-844-428-2224 (TTY: 711). Mtu anayezungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

Tamil: எங்கள் உடல்நலம் அல்லது மருந்துத் திட்டம் பற்றி உங்களுக்கு ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் பதிலளிப்பதற்காக இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகளை வழங்குகிறோம். ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை அணுக, 1-844-428-2224 (TTY: 711) என்ற எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். தமிழ் பேசத் தெரிந்த ஒருவர் உங்களுக்கு உதவுவார். இது ஒரு இலவச சேவையாகும்.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-374-4056 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-374-4056 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-877-374-4056 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-877-374-4056 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-374-4056 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-877-374-4056 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-877-374-4056（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-877-374-4056（TTY：711）。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-374-4056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-374-4056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-877-374-4056 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-877-374-4056 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は1-877-374-4056（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-877-374-4056（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-877-374-4056(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-877-374-4056(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-877-374-4056 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-877-374-4056 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-877-374-4056 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-877-374-4056 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-877-374-4056 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-877-374-4056 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-877-374-4056 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-844-428-2224 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-844-428-2224（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-844-428-2224（TTY：711）。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-844-428-2224（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-844-428-2224（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

Arkansas

Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAR

Arizona

Wellcare Simple Open (PPO)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO),

Wellcare Simple Value (HMO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAZ

California

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO)

1-866-999-3945 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Premium Ultra (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO),

Wellcare Simple Ruby (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO)

1-800-275-4737 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetCA

Connecticut

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Florida

HMO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Georgia

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Hawaii

HMO

1-877-457-7621 (TTY: 711)

wellcare.com/ohana

Illinois

Wellcare Giveback Open (PPO),

Wellcare Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Simple Exclusive (HMO)

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Kansas

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellKS

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcarecomplete.com

Kentucky

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Louisiana

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

New York

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Maine

HMO-POS, PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Ohio

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellOH

Michigan

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Oregon

PPO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Mississippi

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

South Carolina

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Missouri

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellMO

Tennessee

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Nevada

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellNV

Texas

Wellcare Giveback (HMO) H0174017000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174018000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174019000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174020000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174021000,
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open
(PPO) H7323011000,
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open
(PPO) H7323012000,
Wellcare Simple (HMO) H0174002000,
Wellcare Simple (HMO) H0174010000,
Wellcare Simple (HMO) H0174014000
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Giveback (HMO) H5294019000
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellTX

Washington

Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced
Open (PPO),
Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Giveback Open (PPO)
1-844-582-5177 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetOR



รายชื่อยาในความคุ้มครองนี้ได้รับการปรับปรุงเมื่อ 07/01/2025

สำหรับข้อมูลล่าสุดหรือคำถามอื่นๆ โปรดติดต่อบริการของสมาชิก Wellcare ที่หมายเลขโทรศัพท์หรือเว็บไซต์สำหรับแผนของคุณซึ่งแสดงอยู่ที่ด้านในของปกหน้าและปกหลังของรายชื่อยาในความคุ้มครองนี้ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม จะมีตัวแทนให้บริการเจ็ดวันต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 20.00 น. ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน ตัวแทนจะให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 20.00 น.

07/01/2025

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X