Wellcare Health Net Dual Align, HMO D-SNP

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងឆ្នាំ 2027 (បញ្ជីឱសថ ឬបញ្ជីឈ្មោះឱសថ)

06

សូមអាន៖ ឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលយើងរ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងនេះ

លេខសម្គាល់ (ID) 27156 នៃការបញ្ជូនឯកសារបញ្ជីឱសថដែលបានយល់ព្រមដោយ HPMS លេខកំណែ 08

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 10/15/2026។

សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើងតាមលេខ **1-800-431-9007** សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY, **711** រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និង ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ឬចូលមើល **go.wellcare.com/HealthNetCA**។

H3561_WCM_7042768_CAM_CVCE_C Approved 07122026 Final 06
7165412_CA7WCMFORCAM_M_CV06
10/15/2026 ©Wellcare 2026

សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះត្រូវបានហៅថា*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* (ក៏ត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជា*បញ្ជីឱសថ*)។ វាប្រាប់អ្នកអំពីឱសថណាខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។ *បញ្ជីឱសថ*ក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរ ប្រសិនបើមានវិធាន ឬការរឹតបន្តឹងពិសេសណាមួយទៅលើឱសថណាមួយដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វាមានបង្ហាញនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

តារាងមាតិកា

A. ការបដិសេធ 4

B. សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ (FAQ) 12

B1. តើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាប្រភេទណាខ្លះដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*? (យើងហៅបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងយ៉ាងខ្លីថា "*បញ្ជីឱសថ*"។) 12

B2. តើ *បញ្ជីឱសថ* ធ្លាប់ផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ? 14

B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថ*នេះ? 16

B4. តើមានការរឹតបន្តឹង ឬដែនកំណត់ណាមួយលើការធានារ៉ាប់រងឱសថ ឬសកម្មភាពតម្រូវណាមួយ ដែលត្រូវធ្វើដើម្បីទទួលបានឱសថជាក់លាក់ដែរឬទេ? 19

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តនៅទំព័របន្ទាប់។

B5. តើខ្ញុំនឹងអាចដឹងថា ឱសថដែលខ្ញុំចង់បាន មានដែនកំណត់ ឬថាមានសកម្មភាពតម្រូវណាមួយ ដែលត្រូវធ្វើដើម្បីទទួលបាន ឱសថនោះបានដោយរបៀបណា? 21

B6. តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់គម្រោងអំពីរបៀប ដែលគម្រោងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន ការដាក់កំណត់បរិមាណ និង/ឬការរឹតបន្តឹងលើការព្យាបាលជាជំហាន)? 21

B7. តើខ្ញុំអាចស្វែងរកឱសថនៅលើ*បញ្ជីឱសថ* ដោយរបៀបណា? 21

B8. ចុះប្រសិនបើឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមានក្នុង*បញ្ជីឱសថ*វិញនោះ? 23

B9. ចុះយ៉ាងណាប្រសិនបើខ្ញុំជាសមាជិក Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ថ្មី ហើយមិនអាចស្វែងរកឱសថរបស់ខ្ញុំនៅលើ*បញ្ជីឱសថ* ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំ? 23

B10. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ? 26

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តនៅទំព័របន្ទាប់។

B11. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងបានយ៉ាងដូចម្តេច? 27

B12. តើត្រូវប្រើប្រាស់ពេលវេលាប៉ុន្មានដែរ ទើបអាចទទួលបានការលើកលែង? 27

B13. តើឱសថទូទៅគឺជាអ្វី? 28

B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមគឺជាអ្វី ហើយតើវាទាក់ទងទៅផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាយ៉ាងដូចម្តេច? 29

B15. តើ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) រ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរឬទេ? 30

B16. តើខ្ញុំអាចឱ្យគេបញ្ជូនឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពីឱសថស្ថានក្នុងមូលដ្ឋានរបស់ខ្ញុំទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ? 30

B17. តើការបង់ប្រាក់រួមរបស់ខ្ញុំមានចំនួនប៉ុន្មាន? 31

C .ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* 32

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 34

D. លិបិក្រមនៃឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង INDEX-1

A. ការបដិសេធ

នេះគឺជាបញ្ជីឱសថដែលសមាជិកអាចទទួលបាននៅក្នុង Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។

- អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើល*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*ចុងក្រោយបំផុតរបស់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមអនឡាញនៅអាសយដ្ឋាន go.wellcare.com/HealthNetCA ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ និងចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃតាមទម្រង់ផ្សេងៗទៀត ដូចជាការអក្សរបោះពុម្ពធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬអូឌីយ៉ូ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃឯកសារនេះ។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/HealthNetCA។

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

English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-431-9007 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-431-9007 (TTY: 711). These services are free of charge.

Arabic

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711)։ Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր։ Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711)։ Այս ծառայություններն անվճար են։

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

Chinese- Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（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 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese- Traditional

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY：711)。這些服務均為免費。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

Hindi

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

Hmong

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

Japanese

注意：言語のヘルプが必要な場合は1-800-431-9007（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。1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

Laotian

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

Mien

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

Cambodian

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007(TTY:711)ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Farsi

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/HealthNetCA។

Russian

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

Thai

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/HealthNetCA។

❖ ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ទម្រង់ផ្សេងៗទៀត) ឬភាសាដែលពេញចិត្តផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ និងចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

- ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តការស្នើសុំដែលអ្នកមានស្រាប់ ដើម្បីទទួលបានទម្រង់ ឬភាសាដែលពេញចិត្ត បន្ទាប់ពីអ្នកបានស្នើសុំវារួចម្តងហើយ យើងនឹងបន្តផ្តល់ជូនវារៀងរាល់ឆ្នាំ រហូតទាល់តែមានការផ្តល់នូវការស្នើសុំដើម្បីបញ្ឈប់ការស្នើសុំនេះ។
- ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ/កង្វល់ ឬចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើការស្នើសុំភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ និងចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

B. សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ (FAQ)

ស្វែងរកចម្លើយនៅទីនេះចំពោះសំណួរដែលអ្នកមានអំពី *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* (*បញ្ជីឱសថ*) នេះ។ អ្នកអាចអាន FAQ ទាំងអស់បាន ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀត ឬស្វែងរកសំណួរ និងចម្លើយណាមួយ។

B1. តើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាប្រភេទណាខ្លះដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*? (យើងហៅបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងយ៉ាងខ្លីថា “*បញ្ជីឱសថ*”។)

ឱសថនៅលើបញ្ជីឱសថ ដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង**ផ្នែក C1** គឺជាឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។ ឱសថទាំងនេះអាចរកបាននៅតាមឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឱសថស្ថានមួយគឺស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើយើងមានកិច្ចសន្យាព្រមព្រៀងជាមួយនឹងឱសថស្ថាននោះ ដើម្បីធ្វើការជាមួយនឹងយើងខ្ញុំ ហើយផ្តល់សេវាជូនអ្នក។ យើងសំដៅទៅលើឱសថស្ថានទាំងនេះថាជា “ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ”។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនមួយចំនួនទៀតអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (**www.medi-calrx.dhcs.ca.gov**) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលផល (BIC) របស់ Medi-Cal ពេលមកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) នឹងរ៉ាប់រងរាល់ឱសថចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់នៅលើ*បញ្ជីឱសថ* ប្រសិនបើ៖
  - វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនិយាយថាអ្នកត្រូវការឱសថទាំងនោះដើម្បីឱ្យជាសះស្បើយ ឬមានសុខភាពល្អ
  - Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) យល់ព្រមថាឱសថនោះចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក **ហើយ**
  - អ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។
- ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកត្រូវតែធ្វើអ្វីមួយ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ។ សូមមើលសំណួរ B4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចស្វែងរកបញ្ជីឱសថដែលបានរ៉ាប់រងចុងក្រោយបំផុតដែលយើងរ៉ាប់រងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ go.wellcare.com/HealthNetCA ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃឯកសារនេះ។

B2. តើ *បញ្ជីឱសថ* ធ្លាប់ផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ហើយ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ត្រូវតែអនុវត្តតាមវិធានរបស់ Medicare និង Medi-Cal នៅពេលធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ យើងអាចនឹងបន្ថែម ឬដកឱសថចេញនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំនេះ។

យើងក៏អាចផ្លាស់ប្តូរច្បាប់អំពីឱសថរបស់យើងផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចចិត្តទាមទារ ឬមិនទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថ។ (ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺជាការអនុញ្ញាតពី Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថណាមួយ។)
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (គេហៅថា ការដាក់កំណត់បរិមាណ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការរឹតបន្តឹងលើការព្យាបាលជាជំហាននៅលើឱសថ។ (ការព្យាបាលជាជំហាន មានន័យថាអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុខសិន មុនពេលយើងរ៉ាប់រងលើឱសថមួយមុខទៀត។)

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់ឱសថទាំងនេះ សូមមើលសំណួរ B4។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង កាលពី**ដើមឆ្នាំ** ជាទូទៅយើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានា**រ៉ាប់រងនៃឱសថនោះទេក្នុងអំឡុងពេលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំ** លើកលែងតែ៖

- ឱសថថ្មីដែលមានតម្លៃទាបជាងមុនមាននៅក្នុងទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចជាឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ឥឡូវនេះ ឬ
- យើងដឹងថាឱសថណាមួយមិនមានសុវត្ថិភាព ឬ
- ឱសថត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

សំណួរ B3 និង B6 ខាងក្រោម មានព័ត៌មានជាច្រើនទៀតអំពីអ្វីដែលកើតមានឡើង នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរ*បញ្ជីឱសថ*។

- អ្នកតែងតែអាចពិនិត្យមើល*បញ្ជីឱសថ*ចុងក្រោយបំផុតរបស់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមអនឡាញនៅអាសយដ្ឋាន go.wellcare.com/HealthNetCA។ ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពចំពោះ*បញ្ជីឱសថ* ត្រូវបានបង្ហោះនៅលើគេហទំព័រជារៀងរាល់ខែ។
- អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅក្នុងបាតកថានៃឯកសារនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* បច្ចុប្បន្ន។

B3. តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថនេះ?*

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ *បញ្ជីឱសថ* នឹងកើតឡើង ភ្លាម។ ឧទាហរណ៍៖

- **ការជំនួសកំណែឱសថថ្មីជាក់លាក់៖** យើងអាចនឹងដកឱសថនោះចេញភ្លាមពី *បញ្ជីឱសថ* ប្រសិនបើយើងជំនួសឱសថទាំងនោះជាមួយនឹងកំណែឱសថថ្មីជាក់លាក់ ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនឹងនៅចំនួន $0 ដដែល។ នៅពេលយើងបន្ថែមកំណែឱសថថ្មី យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុងបញ្ជីផងដែរ ប៉ុន្តែនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ធានារ៉ាប់រង ឬដែនកំណត់របស់វា។
    - យើងប្រហែលជាមិនប្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើនៅពេលដែលវាកើតឡើង។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

  - យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ លុះត្រាតែឱសថដែលយើងកំពុងបន្ថែមៈ
    - គឺជាកំណែឱសថទូទៅថ្មីនៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬ
    - គឺជាកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាថ្មីជាក់លាក់នៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*នេះ (ឧទាហរណ៍ ការបន្ថែមផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចប្តូរជំនួសបាន ដែលអាចជំនួសបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី)។
    - ប្រភេទឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមប្រភេទឱសថទាំងនេះអាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ផ្នែក B14**។
  - អ្នក ឬក៏អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងចេញពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងដែលមានជំហានដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែង។

- **ដកចេញនូវឱសថដែលគ្មានសុវត្ថិភាព និងឱសថផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។** ជួនកាលឱសថមួយអាចត្រូវបានរកឃើញថាគ្មានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយសារហេតុផលផ្សេង។ ប្រសិនបើមានរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី*បញ្ជីឱសថ*ភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថនោះ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងមួយទៅអ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ សូមពិគ្រោះជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដែលអ្នកអាចប្រើឱសថនោះជំនួសបាន។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*។ ការផ្លាស់ប្តូរនេះអាចកើតឡើងបើសិន៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានការណែនាំគ្លីនិកថ្មីអំពីឱសថ។
- យើងដកឱសថមានម៉ាកយីហោចេញពី*បញ្ជីឱសថ* នៅពេលបន្ថែមឱសថទូទៅដែលមិនមែនជាឱសថថ្មីនៅលើទីផ្សារ ឬ
- យើងដកផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមចេញ នៅពេលធ្វើការបន្ថែមផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ឬ
- យើងផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ ឬដែនកំណត់នៃការធានារ៉ាប់រងចំពោះឱសថមានម៉ាកយីហោ។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*ឬ
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹង ហើយនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថនេះរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបើកឱសថជាថ្មី។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

បញ្ជានេះនឹងផ្តល់ពេលឱ្យអ្នកនិយាយគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់ជំនួសបាន ឬ
- ថាតើត្រូវស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដែរឬអត់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការលើកលែងនេះ សូមអានសំណួរពី B10-B12។

B4. តើមានការរឹតបន្តឹង ឬដែនកំណត់ណាមួយលើការធានារ៉ាប់រងឱសថ ឬសកម្មភាពតម្រូវណាមួយ ដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីទទួលបានឱសថជាក់លាក់ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ឱសថមួយចំនួនមានច្បាប់លើការធានារ៉ាប់រង ឬមានដែនកំណត់លើចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ ក្នុងករណីខ្លះ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែធ្វើអ្វីមួយសិន មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ។ ឧទាហរណ៍៖

- **ការអនុញ្ញាតជាមុន៖** សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ មុនពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការអនុញ្ញាតជាមុនមានភាពខុសគ្នាពីការបញ្ជូនបន្ត។ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ប្រហែលជាមិនធានារ៉ាប់រងឱសថនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន។
- **ដែនកំណត់បរិមាណ៖** ជួនកាល Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) កំណត់បរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

- **ការព្យាបាលជាជំហាន៖** ជួនកាល Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តម្រូវឱ្យអ្នកធ្វើការព្យាបាលជាជំហាន។ នេះមានន័យថាអ្នកនឹងត្រូវសាកល្បងឱសថតាមលំដាប់លំដោយជាក់លាក់មួយសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវសាកល្បងឱសថមួយមុខសិន មុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយមុខទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកគិតថាឱសថទីមួយមិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទីពីរ។

អ្នកអាចស្វែងយល់ថាតើឱសថរបស់អ្នកមានតម្រូវការ ឬការកំណត់បន្ថែមណាមួយដែរឬទេ ដោយមើលក្នុងតារាងចាប់ផ្តើមពី**ផ្នែក C1**។ អ្នកក៏អាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមដោយចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅអាសយដ្ឋាន go.wellcare.com/HealthNetCA។ យើងបានបង្ហោះឯកសារតាមប្រព័ន្ធអនឡាញដែលពន្យល់ពីការអនុញ្ញាតជាមុន និងការដាក់កំហិតការព្យាបាលជាជំហានរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើច្បាប់ចម្លងទៅកាន់អ្នកបានផងដែរ។

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងចេញពីដែនកំណត់ទាំងនេះបាន។ បញ្ហានេះនឹងផ្តល់ពេលឱ្យអ្នកនិយាយគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដែលអ្នកអាចប្រើឱសថជំនួស ឬថាតើត្រូវស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងដែរឬអត់។ សូមមើលសំណួរ B10-B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/HealthNetCA។

B5. តើខ្ញុំនឹងអាចដឹងថា ឱសថដែលខ្ញុំចង់បាន មានដែនកំណត់ ឬថាមានសកម្មភាពតម្រូវណាមួយ ដែលត្រូវធ្វើដើម្បីទទួលបាន ឱសថនោះបានដោយរបៀបណា?

តារាងនៅក្នុងផ្នែកដែលមានចំណងជើងថា “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ” មានជួរឈរដែលបានដាក់ស្លាកថា “វិធានការចាំបាច់ ការដាក់កម្រិត ឬការដាក់ដែនកំណត់លើការប្រើប្រាស់”។

B6. តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់គម្រោងអំពីរបៀបដែលគម្រោងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន ការដាក់កំណត់បរិមាណ និង/ឬការរឹតបន្តឹងលើការព្យាបាលជាជំហាន)?

ក្នុងករណីខ្លះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើយើងបន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការអនុញ្ញាតជាមុន ការដាក់កំណត់បរិមាណ និង/ឬការរឹតបន្តឹងជាការព្យាបាលជាជំហានទៅលើឱសថណាមួយ។ សូមមើលសំណួរ B3 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងជាមុននេះ និងស្ថានភាពដែលយើងមិនអាចប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងជាមុនបាន នៅពេលដែលច្បាប់របស់យើងចំពោះឱសថក្នុង *បញ្ជីឱសថ*មានការផ្លាស់ប្តូរ។

B7. តើខ្ញុំអាចស្វែងរកឱសថនៅលើ*បញ្ជីឱសថ*ដោយរបៀបណា?

មានវិធីពីរយ៉ាងក្នុងការរកមើលឈ្មោះឱសថ៖

- អ្នកអាចស្វែងរកតាមអក្ខរក្រម ឬ
- អ្នកអាចស្វែងរកបានតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ដើម្បីស្វែងរក **តាមអក្ខរក្រម** សូមរកមើលឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងលិបិក្រមនៃផ្នែកឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ អ្នកអាចស្វែងរកបាន ប្រសិនបើអ្នកដឹងពីរបៀបប្រកបឱសថនោះ។ លិបិក្រមនៃឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺជាបញ្ជីតាមអក្ខរក្រមនៃឱសថទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថនេះ។ ឱសថមានម៉ាកយីហោ និងឱសថទូទៅត្រូវបានរាយក្នុងលិបិក្រមនេះ។ ឱសថ OTC ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal Rx នឹងមិនត្រូវបានរាយក្នុង*បញ្ជីឱសថ*នេះទេ។

ដើម្បីស្វែងរក**តាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ** សូមស្វែងរក**ផ្នែក C1** ដែលមានស្លាកថា “បញ្ជីឱសថតាមស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ”។ ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានដាក់ជាក្រុមទៅតាមប្រភេទ អាស្រ័យលើប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱសថទាំងនោះត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺបេះដូង នោះអ្នកគួរតែពិនិត្យមើលក្រុមសរសៃឈាមបេះដូង លើសឈាម/លីពីត សរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺលើសឈាម/ប្រភេទលីពីត។ នោះហើយជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/HealthNetCA។

B8. ចុះប្រសិនបើឱសថដែលខ្ញុំចង់ប្រើមិនមានក្នុង*បញ្ជីឱសថ*វិញនោះ?

ប្រសិនបើអ្នករកមិនឃើញឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*ទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅក្នុងបាតកថានៃឯកសារហើយសួរនាំអំពីឱសថនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងថា Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) នឹងមិនរ៉ាប់រងឱសថនោះទេ អ្នកអាចធ្វើរឿងមួយក្នុងចំណោមរឿងទាំងនេះ៖

- សូមសួរផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកអំពីបញ្ជីឱសថដូចនឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ បន្ទាប់មក ត្រូវបង្ហាញបញ្ជីនេះទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដែលដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើ។ ឬ
- ស្នើសុំឱ្យ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ធ្វើការលើកលែងដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក។ សូមមើលសំណួរ B10–B12 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែង។

B9. ចុះយ៉ាងណាប្រសិនបើខ្ញុំជាសមាជិក Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ថ្មី ហើយមិនអាចស្វែងរកឱសថរបស់ខ្ញុំនៅលើ*បញ្ជីឱសថ* ឬមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់ខ្ញុំ?

យើងអាចជួយបាន។ យើងអាចរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃជាបណ្ដោះអាសន្ន ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកគឺជាសមាជិករបស់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។ បញ្ហានេះនឹងផ្ដល់ពេលឱ្យអ្នកនិយាយគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដែលអ្នកអាចប្រើឱសថជំនួស ឬថាតើត្រូវស្នើសុំឱ្យមានការលើកលែងដែរឬអត់។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់រយៈពេលតិចថ្ងៃជាងនេះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យបើកឱសថបន្ថែមច្រើនដងដើម្បីផ្តល់ឱសថរហូតដល់អតិបរមា 30 ថ្ងៃ។

យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថរបស់យើង* ឬ
- វិធានក្នុងគម្រោងរបស់យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានចំនួនឱសថដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ឬ
- ឱសថនោះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនពី Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ឬ
- អ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលជាផ្នែកមួយនៃការដាក់កម្រិតលើការព្យាបាលជាជំហាន។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/HealthNetCA។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថដែល Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) មិនចាត់ទុកថាជាឱសថផ្នែក D ហើយឱសថនោះមិនមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ* ហើយអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឱសថនោះ វាអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងតាមរយៈ Medi-Cal Rx។ ប្រសិនបើឱសថមិនរាប់បញ្ចូលផ្នែក D តម្រូវឱ្យមានការលើកលែង ហើយអ្នកស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ននោះ Medi-Cal Rx នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមិនតិចជាង 72 ម៉ោង។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (**www.medi-calrx.dhcs.ca.gov**) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមលេខ 800-977-2273។ សូមយក BIC ពី Medi-Cal របស់អ្នក នៅពេលមកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងផ្សេងទៀត ហើយត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ* ឬប្រសិនបើអ្នកពិបាកក្នុងការទទួលបានឱសថដែលអ្នកត្រូវការនោះ យើងអាចជួយបាន។ ប្រសិនបើអ្នកបានស្ថិតក្នុងគម្រោងរបស់យើងអស់រយៈពេលលើសពី 90 ថ្ងៃ ហើយរស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង និងត្រូវការការផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ៖

- យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃចំនួនម្តងសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ (លុះត្រាតែអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់រយៈពេលតិចថ្ងៃជាងនេះ) ទោះបីជាអ្នកគឺជាសមាជិកថ្មីរបស់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ឬក៏អត់ក៏ដោយ។
- នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកគឺជាសមាជិករបស់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

ប្រសិនបើកម្រិតនៃការថែទាំរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ (ដូចជាការផ្លាស់ទៅ ឬមកពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ឬមន្ទីរពេទ្យ) យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរយៈពេល 30 ថ្ងៃម្តង។ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃនោះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបើកឱសថឡើងវិញ ដើម្បីផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថសរុបរហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។

B10. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ?

បាទ/ចាស។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ធ្វើការលើកលែងដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ*។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ឱសថរបស់អ្នកបានផងដែរ។

- ជាឧទាហរណ៍ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) អាចកំណត់បរិមាណនៃឱសថដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រង។ បើឱសថរបស់អ្នកមានការដាក់កំណត់ នោះអ្នកអាចនឹងស្នើសុំមកយើងខ្ញុំឱ្យផ្លាស់ប្តូរការដាក់កំណត់ ហើយនឹងឱ្យធានារ៉ាប់រងថែមទៀត។
- ឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំដកនូវការកំហិតចំពោះការព្យាបាលជាជំហាន ឬតម្រូវការឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនចេញបាន។

B11. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំការលើកលែងបានយ៉ាងដូចម្ដេច?

ដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកតំណាងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក និង អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកស្នើសុំការលើកលែង។ អ្នកក៏អាចអាន **ជំពូកទី 9 ផ្នែក G** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការលើកលែង។

B12. តើត្រូវប្រើប្រាស់ពេលវេលាប៉ុន្មានដែរ ទើបអាចទទួលបានការលើកលែង?

បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្ដីថ្លែងការណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលគាំទ្រសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែងហើយនោះ យើងនឹងផ្ដល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចទូរសព្ទ សរសេរ ឬទូរសារមកយើងខ្ញុំដើម្បីធ្វើការស្នើសុំរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចចូលប្រើដំណើរការនៃសេចក្ដីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងផងដែរផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមចូលទៅកាន់**ជំពូក 2 ផ្នែក A** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ហើយស្វែងរកផ្នែកដែលមានឈ្មោះថា “ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក”។

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកគិតថាសុខភាពរបស់អ្នកអាចមានគ្រោះថ្នាក់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវរង់ចាំ 72 ម៉ោង សម្រាប់សេចក្ដីសម្រេច នោះអ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងពន្លឿនបាន។ នេះគឺជាសេចក្ដីសម្រេចឆាប់រហ័សជាងមុន។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ដល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានរបាយការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

B13. តើឱសថទូទៅគឺជាអ្វី?

ឱសថទូទៅត្រូវបានគេផ្សំឡើងដោយសារធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកយីហោដែរ។ ជាទូទៅ ឱសថទាំងនោះមានតម្លៃទាបជាងឱសថមានម៉ាកយីហោ ហើយជាធម្មតាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាដែរ។ ជាទូទៅ ឱសថទាំងនោះមិនមានឈ្មោះល្បីទេ។ ឱសថទូទៅទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើដោយ Food and Drug Administration (FDA)។ មានឱសថទូទៅដែលអាចរកបានសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោជាច្រើនផងដែរ។ ជាធម្មតា ឱសថទូទៅអាចត្រូវបានជំនួសឱ្យឱសថមានម៉ាកយីហោនៅតាមឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី អាស្រ័យលើច្បាប់របស់រដ្ឋ។

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) រ៉ាប់រងទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ និងឱសថទូទៅ។

B14. តើផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមគឺជាអ្វី ហើយតើវាទាក់ទងទៅផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាយ៉ាងដូចម្តេច?

នៅពេលដែលយើងប្រើពាក្យថាឱសថ វាអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រគឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគ្រស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ ដោយសារផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគ្រស្មាញជាងឱសថធម្មតា ជំនួសឱ្យការមានប្រភេទឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានប្រភេទដែលត្រូវបានគេហៅថាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមហើយអាចមានតម្លៃថោកជាងផងដែរ។ មានជម្រើសផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាបានមួយចំនួនគឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបានហើយ យោងទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ ប្រហែលជាអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចដែលឱសថទូទៅអាចត្រូវជំនួសសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោផងដែរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទឱសថ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

B15. តើ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) រ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែងដែរឬទេ?

- **កម្មវិធីបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។** យើងផ្ដល់ជូននូវកម្មវិធីបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកបាន 35 ដល់ 100 ថ្ងៃដែលបានផ្ញើដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ផ្ទះរបស់អ្នក។
- **កម្មវិធីឱសថស្ថានលក់រាយរយៈពេល 100 ថ្ងៃ។** ឱសថស្ថានលក់រាយមួយចំនួនក៏អាចផ្ដល់ជូនការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃដែរ។

B16. តើខ្ញុំអាចឱ្យគេបញ្ជូនឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពីឱសថស្ថានក្នុងមូលដ្ឋានរបស់ខ្ញុំទៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ?

ឱសថស្ថានក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកប្រហែលជាអាចដឹកជញ្ជូនឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់ថាតើពួកគេផ្ដល់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែរឬអត់នោះ។

B17. តើការបង់ប្រាក់រួមរបស់ខ្ញុំមានចំនួនប៉ុន្មាន?

សមាជិក Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) មិនមានការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទេ ប្រសិនបើសមាជិកអនុវត្តតាមវិធានរបស់គម្រោង។

កម្រិតគឺជាក្រុមឱសថដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*។

- កម្រិតទី 1 (ឱសថទូទៅ) រួមមានឱសថទូទៅដែលចង់បាន ហើយអាចរួមបញ្ចូលឱសថមានម៉ាកយីហោមួយចំនួន។
- កម្រិត 2 (ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន) រួមមានឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន ហើយអាចរួមបញ្ចូលឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- កម្រិតទី 3 (ឱសថដែលមិនចង់បាន) រួមមានឱសថទូទៅ និងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលមិនចង់បាន។
- កម្រិតទី 4 (ថ្នាំចាក់) រួមបញ្ចូលទាំងការជ្រើសរើសថ្នាំដែលត្រូវផ្ដល់ជូនដោយការចាក់ ឬប្រើដើម្បីបង្ការជំងឺ (វ៉ាក់សាំង)។
- កម្រិតទី 5 (ឱសថនៅកម្រិតថ្នាក់ឯកទេស) រួមមានឱសថមានម៉ាកយីហោ និងឱសថទូទៅដែលមានតម្លៃខ្ពស់។ ឱសថក្នុងកម្រិតនេះមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់ការលើកលែងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់នៅកម្រិតទាបទេ។
- កម្រិតទី 6 (ជ្រើសរើសឱសថថែទាំ) រួមមានឱសថទូទៅ និងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដាក់លាក់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលមាននៅក្នុងបាតកថានៃឯកសារនេះ។

C .ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*

*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការស្វែងរកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជី សូមចូលទៅកាន់លិបិក្រមនៃឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលចាប់ផ្តើមនៅក្នុង**ផ្នែក D**។ លិបិក្រមរាយនាមឱសថទាំងអស់ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមលំដាប់អក្ខរក្រម។

ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនមួយចំនួនទៀតអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (**www.medi-calrx.dhcs.ca.gov**) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលផល (BIC) របស់ Medi-Cal ពេលមកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

បណ្ដឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្រោមផ្នែក D

- បណ្ដឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការដែលស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យឡើងវិញលើសេចក្ដីសម្រេចមួយ ដែលយើងបានធ្វើឡើងចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងដើម្បីផ្លាស់ប្ដូរវា ប្រសិនបើដែលអ្នកគិតឃើញថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស។
- ជាឧទាហរណ៍ យើងអាចសម្រេចចិត្តថាឱសថដែលអ្នកចង់បានមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។
- ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនយល់ព្រមតាមសេចក្ដីសម្រេចរបស់យើងទេ អ្នកអាចប្ដឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលមាននៅបាតកកថានៃឯកសារនេះ។
- អ្នកក៏អាចអាន**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្ដឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្ដីសម្រេចនេះផងដែរ។
- ឱសថដែលមិនមែនជាឱសថផ្នែក D មានវិធានផ្សេងគ្នាសម្រាប់បណ្ដឹងឧទ្ធរណ៍។

C1. បញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ឱសថនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានដាក់ជាក្រុមទៅតាមប្រភេទ អាស្រ័យលើប្រភេទស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱសថទាំងនោះត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាល។ ឧទាហរណ៍ប្រសិនបើជាអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺបេះដូង នោះអ្នកគួរតែពិនិត្យមើលក្នុងប្រភេទឱសថនៃជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺលើសឈាម/លីពីត។ នោះហើយជាកន្លែងដែលអ្នកនឹងរកឃើញឱសថដែលព្យាបាលជំងឺបេះដូង។

ជួរឈរទីមួយនៃតារាងដែលរាយឈ្មោះឱសថ។ ឱសថទូទៅត្រូវបានរាយជាអក្សរទ្រេតតូច (ឧទាហរណ៍ *simvastatin*) ហើយឈ្មោះឱសថមានម៉ាកយីហោត្រូវបានដាក់ជាអក្សរធំ (ឧទាហរណ៍ ELIQUIS)។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជួរឈរ “វិធានការចាំបាច់ ការរឹតបន្តឹង ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើប្រាស់” ប្រាប់អ្នកថាតើ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) មានវិធានណាមួយសម្រាប់ការរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

នេះគឺជាអត្ថន័យនៃកូដដែលបានប្រើនៅក្នុងជួរឈរ “វិធានការចាំបាច់ ការរឹតបន្តឹង ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើប្រាស់” ៖

- **NT** តំណាងឱ្យ មិនមែនជាផ្នែក D៖ ជាធម្មតាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ទេ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់នៅពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានេះមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃចំណាយសរុបនៃឱសថរបស់អ្នកទេ (ពោលគឺចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់មិនជួយអ្នកឱ្យមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយទេ)។ លើសពីនេះទៀត ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយបន្ថែម ដើម្បីបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក អ្នកនឹងមិនទទួលបានជំនួយបន្ថែមណាមួយដើម្បីបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនេះទេ។
- **NM** មានន័យថាឱសថមិនមានតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ប្រចាំខែរបស់អ្នកទេ។ នេះត្រូវបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងសកម្មភាពចាំបាច់ ការដាក់កំហិត ឬការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ជួរឈរនៃបញ្ជីឱសថរបស់អ្នក។
- **PA** តំណាងឱ្យការអនុញ្ញាតជាមុន។ សូមមើលសំណួរ B4។
- **PA-NS** តំណាងឱ្យការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ការចាប់ផ្ដើមថ្មី។ នេះមានន័យថា ប្រសិនបើឱសថនេះគឺថ្មីសម្រាប់អ្នក នោះអ្នកនឹងត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំជាមុន មុនពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថនេះនៅពេលចុះឈ្មោះអ្នកនឹងមិនតម្រូវឱ្យបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការអនុម័តនោះទេ។

ផ្នែកនេះត្រូវបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។

- **B/D** តំណាងឱ្យការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare B ឬ D៖ ឱសថនេះ អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការបង់ប្រាក់ក្រោម Medicare Part B ឬ Part D។ អ្នក (ឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក) ត្រូវបានតម្រូវឱ្យទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីយើងដើម្បីកំណត់ថាឱសថនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part D មុនពេលអ្នកបើកឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនេះ។ បើគ្មានការយល់ព្រមជាមុនទេ យើងប្រហែលជាមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះទេ។
- **QL** តំណាងឱ្យការដាក់កំណត់បរិមាណ។ សូមមើលសំណួរ B4។
- **LA** តំណាងឱ្យការចូលប្រើប្រាស់ឱសថមានកំណត់។ វេជ្ជបញ្ជានេះអាចមាននៅឱសថស្ថានមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមពិគ្រោះជាមួយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 TTY 711 ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ និងចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ឬចូលមើល go.wellcare.com/HealthNetCA។
- **ST** តំណាងឱ្យការព្យាបាលជាជំហាន។ សូមមើលសំណួរ B4។
- **^** តំណាងឱ្យឱសថដែលអាចមានសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ទៅ 30 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007, TTY 711 ចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/HealthNetCA។

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ/សារធាតុផ្សេងៗ		
គ្រឿងបង្ការការជក់បារី		
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	3	
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	1	
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	1	
ថ្នាំផ្សេងទៀត		
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	1	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	5^	PA
cevimeline oral capsule 30 mg	1	
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	3	PA
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	3	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	3	PA
deferasirox oral tablet 90 mg	1	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	3	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	5^	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	3	
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	1	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	5^	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5^	PA; LA
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	1	
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
levocarnitine oral tablet 330 mg	1	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	5^	PA
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	1	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5^	PA; LA
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5^	PA; LA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
riluzole oral tablet 50 mg	1	
risedronate oral tablet 30 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	3	PA
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	1	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	1	
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	5^	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	5^	PA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram	1	
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml	1	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	1	
trientine oral capsule 250 mg	5^	PA
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	2	PA; QL (2 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	2	PA; QL (3 ML per 28 days)
ការផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងៗ		
ការផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងៗ		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	1	BD or Embecta preferred
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	1	BD or Embecta preferred

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ការព្យាបាលភ្នែក		
ការផ្សំស្តេរ៉ូអ៊ីត-អង់ទីប៊ីយ៉ូទិក		
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	3	
ថ្នាំជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក ផ្សេងទៀត		
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 %	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	2	
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	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	2	
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	1	
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	3	
ថ្នាំត្រាប់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទស្វយ័ត		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	2	
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	3	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %	1	
ថ្នាំប្រឆាំងនឹងជំងឺឆ្លង (ANTIVIRALS)		
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	3	
ថ្នាំប្លុកបេតា (BETA-BLOCKERS)		
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	1	
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកេ

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ថ្នាំលេបសម្រាប់ជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	1	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	1	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
ថ្នាំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1	
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	1	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
សារធាតុប្រឆាំងនឹងការរលាកដែលមិនមែនជាស្តេរ៉ូអ៊ីត		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %, 0.09 %	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	1	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	1	
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	2	
ស្តេរ៉ូអ៊ីត		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	3	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	1	
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	3	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	1	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	3	
ឯកទេសព្យាបាលភ្នែកផ្សេងៗ		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	1	
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	1	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	2	QL (60 EA per 30 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5^	PA
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	1	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5^	PA; QL (10 ML per 42 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ការមើលថែស្បែក / ការព្យាបាលជំងឺសើស្បែក		
ការព្យាបាលជំងឺមុន		
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
adapalene topical cream 0.1 %	3	QL (45 GM per 30 days)
adapalene topical gel 0.3 %	3	QL (45 GM per 30 days)
amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
azelaic acid topical gel 15 %	3	QL (50 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	3	QL (120 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	3	QL (75 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	3	QL (120 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	1	QL (120 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	1	QL (60 EA per 30 days)
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	1	QL (45 GM per 30 days)
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	1	QL (50 GM per 30 days)
ery pads topical swab 2 %	3	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	1	QL (60 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %	1	QL (46.6 GM per 30 days)
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg	3	
metronidazole topical cream 0.75 %	3	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical gel 0.75 %	3	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical lotion 0.75 %	3	QL (59 ML per 30 days)
neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	1	QL (45 GM per 30 days)
tazarotene topical cream 0.1 %	2	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	3	PA; QL (100 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %	3	PA; QL (50 GM per 30 days)
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	3	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %	3	PA; QL (45 GM per 30 days)
trilitas topical gel 0.1 %	3	PA; QL (90 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
ថ្នាំជំងឺកន្ទួលក្រហមលើស្បែក / ស្បែកឡើងក្រហម		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	3	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	3	QL (120 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
calcipotriene topical ointment 0.005 %	3	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 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)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	1	
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)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 55 MG/0.37 ML	5^	PA; QL (0.74 ML per 84 days)
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	2	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA; QL (0.5 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (12 ML per 180 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
USTEKINUMAB-TTWE SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	2	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
USTEKINUMAB-TTWE SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
USTEKINUMAB-TTWE SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
ឡេលាបបំបាត់បាក់តេរីលើស្បែក		
gentamicin topical cream 0.1 %	1	QL (60 GM per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	3	QL (60 GM per 30 days)
mupirocin topical ointment 2 %	1	QL (44 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	3	
ឡេលាបការពារសត្វល្អិតលើស្បែក / ថ្នាំបំបាត់ចៃ		
malathion topical lotion 0.5 %	1	
permethrin topical cream 5 %	1	QL (60 GM per 30 days)
ឡេលាបបំបាត់ផ្សិតលើស្បែក		
ciclopirox topical cream 0.77 %	1	QL (90 GM per 28 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %	1	QL (100 GM per 28 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	3	QL (60 ML per 28 days)
clotrimazole topical cream 1 %	1	QL (45 GM per 28 days)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
clotrimazole topical solution 1 %	1	QL (30 ML per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	3	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %	3	QL (60 ML per 28 days)
ketoconazole topical cream 2 %	1	QL (60 GM per 28 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	1	QL (120 ML per 28 days)
naftifine topical cream 1 %	3	QL (90 GM per 28 days)
naftifine topical cream 2 %	3	QL (60 GM per 28 days)
naftifine topical gel 2 %	3	QL (60 GM per 28 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	1	QL (120 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	1	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	1	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	1	QL (120 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	1	QL (120 GM per 30 days)
ឡេលាបស្បែកកូទីកូស្តេរ៉ូអ៊ីត		
ala-cort topical cream 1 %	1	
alclometasone topical cream 0.05 %	3	QL (120 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	3	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	1	QL (135 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	1	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	3	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	1	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	3	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	1	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	1	QL (150 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	1	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	1	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	1	QL (150 GM per 30 days)
clobetasol scalp solution 0.05 %	3	QL (100 ML per 28 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	3	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical gel 0.05 %	3	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	3	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical shampoo 0.05 %	3	QL (236 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	3	QL (120 GM per 28 days)
clodan topical shampoo 0.05 %	3	QL (236 ML per 28 days)
desonide topical cream 0.05 %	1	QL (120 GM per 30 days)
desonide topical lotion 0.05 %	3	QL (118 ML per 30 days)
desonide topical ointment 0.05 %	1	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	1	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %	3	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	3	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical solution 0.01 %	1	QL (120 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
fluocinonide topical cream 0.05 %	3	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	3	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	1	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	1	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	3	QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	1	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	1	QL (100 GM per 30 days)
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	3	QL (100 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	1	
mometasone topical cream 0.1 %	1	
mometasone topical ointment 0.1 %	1	
mometasone topical solution 0.1 %	1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triderm topical cream 0.5 %	1	
ឯកទេសជំងឺសើស្បែកផ្សេងៗ		
ammonium lactate topical cream 12 %	1	
ammonium lactate topical lotion 12 %	1	
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	PA; QL (120 GM per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	1	QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	1	QL (10 ML per 30 days)
imiquimod topical cream in packet 5 %	1	QL (24 EA per 28 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	3	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	1	QL (50 GM per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	1	QL (30 GM per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	3	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 %	3	QL (100 GM per 30 days)
podofilox topical solution 0.5 %	3	QL (7 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	3	QL (180 GM per 30 days)
silver sulfadiazine topical cream 1 %	1	
ssd topical cream 1 %	1	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	3	QL (100 GM per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
គ្រូពេទ្យផ្នែករោគស្ត្រី / សម្ភព		
ថ្នាំលេបពន្យារកំណើត / ថ្នាំដែលពាក់ព័ន្ធ		
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	1	
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	
balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកេ

C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	
camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	1	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	1	

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4)	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	1	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	1	
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
finzala oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	1	

អ្នកអាចស្វែករកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
galbriela oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	1	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
kaitlib fe oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg (28)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	1	
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	1	
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
mibelas 24 fe oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	1	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	1	
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	1	
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	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	1	
rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	1	
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	1	
syeda oral tablet 3-0.03 mg	1	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	1	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	1	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	1	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	1	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	1	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	1	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	1	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	1	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	
valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	1	
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	1	

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	
vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	1	
wymzya fe oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)	1	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
xelria fe oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)	1	
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
ឯកទេសសម្ភព/រោគស្ត្រីផ្សេងៗ		
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	3	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	2	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	1	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	1	
terconazole vaginal suppository 80 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
tranexamic acid oral tablet 650 mg	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	1	
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	1	
អ័រម៉ូនអស្ត្រូសែន / ប្រូហ្សេស្ទីន		
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	3	
abigale oral tablet 1-0.5 mg	3	
camila oral tablet 0.35 mg	1	
deblitane oral tablet 0.35 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	2	
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	3	QL (8 EA per 28 days)
errin oral tablet 0.35 mg	1	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	
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	3	QL (8 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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	3	QL (4 EA per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	3	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	1	
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	1	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	3	
gallifrey oral tablet 5 mg	1	
heather oral tablet 0.35 mg	1	
incassia oral tablet 0.35 mg	1	
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	3	
lyleq oral tablet 0.35 mg	1	
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	3	QL (8 EA per 28 days)
lyza oral tablet 0.35 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	1	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	1	
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	3	
nora-be oral tablet 0.35 mg	1	
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	1	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	3	
orquidea oral tablet 0.35 mg	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	1	
sharobel oral tablet 0.35 mg	1	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
ជំងឺក្រពះពោះវៀន		
ការព្យាបាលដំបៅក្រពះ		
bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg	3	QL (120 EA per 180 days)
dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed releas 30 mg, 60 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	1	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
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	1	QL (60 EA per 30 days)
sucralfate oral suspension 100 mg/ml	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
sucralfate oral tablet 1 gram	1	
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)- 500 MG (84)	3	QL (112 EA per 180 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG	3	QL (112 EA per 180 days)
ថ្នាំព្យាបាលប្រព័ន្ធរំលាយអាហារផ្សេងៗ		
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg	1	B/D
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	1	B/D
balsalazide oral capsule 750 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឲ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
betaine oral powder 1 gram/scoop	5^	
budesonide oral capsule,delayed,extend .release 3 mg	1	
budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
compro rectal suppository 25 mg	1	
constulose oral solution 10 gram/15 ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	2	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	1	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML	5^	PA; QL (1.36 ML per 28 days)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	1	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	1	B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	1	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	2	QL (30 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 24 mcg	2	QL (60 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	2	QL (120 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1	PA
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	1	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	1	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg	3	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	1	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	1	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	3	QL (30 GM per 30 days)
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	1	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	1	
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	3	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	1	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	1	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	1	
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	3	QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5^	PA; QL (1.2 ML per 56 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)	1	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	1	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	1	
ursodiol oral capsule 300 mg	2	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL	5^	PA; LA
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	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
ថ្នាំរាគ / ថ្នាំរោគចុកឆ្អល់		
dicyclomine oral capsule 10 mg	3	PA
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	3	PA
dicyclomine oral tablet 20 mg	3	PA
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	3	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1	
loperamide oral capsule 2 mg	1	
ជំងឺផ្លូវដង្ហើម និងអាឡែហ្ស៊ី		
ថ្នាំស្ងួត		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	1	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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្នាក់ចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	2	QL (12 GM per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	2	QL (32.1 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	1	8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	1	6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	1	18 gm inhaler; QL (36 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	1	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	1	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	1	

អ្នកអាចស្វែករកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	2	QL (60 EA per 30 days)
arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml	3	B/D; QL (120 ML per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (30 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	QL (25.8 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	2	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	2	QL (60 EA per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	2	Breyna is generic for Symbicort; QL (30.9 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	2	QL (10.7 GM per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	3	B/D; QL (120 ML per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	2	QL (8 GM per 30 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	2	B/D

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឲ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
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; QL (1 ML per 28 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	1	QL (50 ML per 30 days)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	2	QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	1	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	1	QL (60 EA per 30 days)
formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml	3	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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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	2	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	1	B/D
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	1	B/D
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	1	B/D

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	1	QL (34 GM per 30 days)
montelukast oral granules in packet 4 mg	1	
montelukast oral tablet 10 mg	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	1	
nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5^	PA; LA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5^	PA; LA; QL (3 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រកែ

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5^	PA; LA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5^	PA; LA; QL (0.4 ML per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5^	PA; QL (60 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	1	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	2	QL (60 EA per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	1	PA; generic for Revatio; QL (90 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 GM per 30 days)
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	3	PA; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days)
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	1	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	1	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	1	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	2	QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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; QL (84 EA per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	5^	PA; QL (1 EA per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឲ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5^	PA; LA; 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, 300 MG/2 ML	5^	PA; LA; 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	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ឱសថប្រឆាំងនឹងអ៊ីស្តាមីន / ប្រឆាំងនឹងអាឡែហ្ស៊ី		
cetirizine oral solution 1 mg/ml	1	
cyproheptadine oral tablet 4 mg	3	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	1	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	1	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	3	PA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	3	PA
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	1	
levocetirizine oral tablet 5 mg	1	
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	3	PA
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	3	PA
ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺលើសឈាម/ លីពីត		
ការព្យាបាលជំងឺកំណកឈាម		
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកេ

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	1	
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	3	
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	2	QL (74 EA per 180 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	2	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	2	QL (74 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG	2	QL (140 EA per 28 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1.5 MG (0.5 MG X 3)	2	QL (420 EA per 28 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG (0.5 MG X 4)	2	QL (560 EA per 28 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG	2	QL (70 EA per 28 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg, 25 mg	5^	PA; QL (180 EA per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
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	3	
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	1	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	1	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	1	
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	1	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	2	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	2	QL (51 EA per 180 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	2	QL (60 EA per 30 days)
ការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំបន្ថយសំពាធឈាម		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	1	
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	1	
amiloride oral tablet 5 mg	1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឡ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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	1	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	1	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	
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)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកកែ

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	6	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	1	
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	1	QL (4 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	1	
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	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	6	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
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	1	
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	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
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	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	6	
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	1	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	1	
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	1	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	6	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	1	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកែ

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	
nimodipine oral capsule 30 mg	1	
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)
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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	1	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	1	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	1	
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	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	6	
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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 oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	1	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
ថ្នាំព្យាបាលជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងផ្សេងៗ		
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	1	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)	1	QL (60 EA per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5^	PA; QL (30 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	3	

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
ថ្នាំព្យាបាលសម្រួលចង្វាក់បេះដូង		
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	1	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	3	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	3	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg	1	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	1	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	1	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	1	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	1	
នីត្រាត (NITRATES)		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	1	
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 %	3	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	1	
សារធាតុកាត់បន្ថយជាតិលីពីត/កូលេស្តេរ៉ូល		
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 in packet 4 gram	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	1	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	1	
colesevelam oral tablet 625 mg	1	
colestipol oral packet 5 gram	1	
colestipol oral tablet 1 gram	1	
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	1	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	1	
fenofibric acid (choline) oral capsule,delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	1	
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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 gram	3	
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	2	PA
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	1	
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	2	PA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
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)
ថ្នាំត្រចៀក ច្រមុះ /បំពង់ក		
ថ្នាំត្រចៀកផ្សេងៗ		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	1	
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	1	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ថ្នាំផ្សេងៗទៀត		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	1	QL (60 ML per 30 days)
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	1	QL (30 ML per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	1	QL (30 ML per 20 days)
kourzeq dental paste 0.1 %	2	
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	2	
ស្តេរ៉ូអ៊ីតអូទិក/ ថ្នាំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិច		
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	3	QL (7.5 ML per 7 days)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	1	
ថ្នាំប្រឆាំងនឹងការឆ្លងជំងឺ		
CEPHALOSPORINS		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	1	
cefadroxil oral capsule 500 mg	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	3	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
cefadroxil oral suspension for reconstitution 500 mg/5 ml	1	
cefazolin injection recon soln 1 gram	3	
cefazolin injection recon soln 500 mg	1	
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	3	
cefdinir oral capsule 300 mg	1	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
cefixime oral capsule 400 mg	1	
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	3	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	1	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	3	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 50 mg/5 ml	1	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	1	
cefprozil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	3	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg	5^	
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	3	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ceftriaxone injection recon soln 250 mg, 500 mg	1	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	1	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	1	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
PENICILLINS		
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	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	1	
ampicillin oral capsule 500 mg	1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 2 gram	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ampicillin sodium injection recon soln 10 gram	1	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	3	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	1	
nafcillin injection recon soln 10 gram	5^	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
oxacillin injection recon soln 1 gram	1	
oxacillin injection recon soln 10 gram, 2 gram	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	3	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	3	
penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	3	
TETRACYCLINES		
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	3	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	1	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1	
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	3	
ឃ្វីណូឡូន		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml	1	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	1	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	3	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
moxifloxacin oral tablet 400 mg	1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	1	
ថ្នាំប្រឆាំងនឹងជំងឺឆ្លង (ANTIVIRALS)		
abacavir oral solution 20 mg/ml	1	
abacavir oral tablet 300 mg	1	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	1	
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	3	B/D
adefovir oral tablet 10 mg	3	
amantadine hcl oral capsule 100 mg	1	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5^	
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	3	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5^	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5^	
darunavir oral tablet 600 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
darunavir oral tablet 800 mg	3	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^	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	3	
efavirenz oral tablet 600 mg	1	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	3	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	5^	
emtricitabine oral capsule 200 mg	1	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	3	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg	5^	QL (30 EA per 30 days)
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	5^	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	3	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5^	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	1	
fosamprenavir oral tablet 700 mg	3	

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5^	
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG	5^	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	2	
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	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5^	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML	3	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	1	
lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg	1	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	1	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET 90-400 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5^	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	5^	
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	1	
nevirapine oral tablet 200 mg	1	
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	2	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5^	
oseltamivir oral capsule 30 mg	1	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg	1	QL (84 EA per 365 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	1	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	2	QL (20 EA per 30 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	2	QL (11 EA per 30 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)- 100 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5^	
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឲ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	5^	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5^	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	3	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	3	QL (480 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5^	
ribavirin oral capsule 200 mg	1	
ribavirin oral tablet 200 mg	1	
rilpivirine hcl oral tablet 25 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
rimantadine oral tablet 100 mg	3	
ritonavir oral tablet 100 mg	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5^	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5^	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5^	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5^	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	1	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	5^	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5^	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5^	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	3	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	1	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	5^	
valganciclovir oral tablet 450 mg	2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	3	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5^	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	5^	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	2	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
zidovudine oral capsule 100 mg	1	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	1	
zidovudine oral tablet 300 mg	1	
ថ្នាំប្រឆាំងនឹងមេរោគផ្សេងៗ		
albendazole oral tablet 200 mg	3	
amikacin injection solution 500 mg/2 ml	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5^	PA; LA
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	1	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	3	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	1	
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	3	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5^	PA; LA; QL (84 ML per 56 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	3	
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	1	
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 600 mg/50 ml	3	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	3	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	3	QL (30 EA per 10 days)
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	1	
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	3	
ertapenem injection recon soln 1 gram	3	QL (14 EA per 14 days)
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
gentamicin injection solution 40 mg/ml	1	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5^	PA
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	1	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
ivermectin oral tablet 3 mg	2	PA; QL (20 EA per 30 days)
ivermectin oral tablet 6 mg	2	PA; QL (8 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	3	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	5^	QL (1800 ML per 30 days)
linezolid oral tablet 600 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
mefloquine oral tablet 250 mg	1	
meropenem intravenous recon soln 1 gram	2	QL (30 EA per 10 days)
meropenem intravenous recon soln 500 mg	2	QL (10 EA per 10 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	1	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
neomycin oral tablet 500 mg	1	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	5^	QL (12 EA per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	1	B/D; QL (1 EA per 28 days)
pentamidine injection recon soln 300 mg	1	
praziquantel oral tablet 600 mg	3	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	3	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	1	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	5^	PA
quinine sulfate oral capsule 324 mg	3	PA
rifabutin oral capsule 150 mg	1	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	1	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5^	PA; LA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	5^	QL (60 EA per 30 days)
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	3	
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	5^	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	1	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	3	QL (20 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 10 gram	3	QL (2 EA per 10 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	1	QL (10 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	3	QL (27 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 125 mg	3	QL (40 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	3	QL (80 EA per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	2	PA; QL (9 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
ថ្នាំបំបាត់រោគផ្សិត		
amphotericin b injection recon soln 50 mg	1	B/D

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	5^	B/D
caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	3	
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	1	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5^	PA
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml	3	PA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml	1	PA
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	1	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	1	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	5^	PA
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	3	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	3	
itraconazole oral capsule 100 mg	3	QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole oral tablet 200 mg	1	PA
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	3	
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	1	
nystatin oral tablet 500,000 unit	1	
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	3	PA; QL (96 EA per 30 days)
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	3	PA
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	5^	PA
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	3	PA
ថ្នាំព្យាបាលបំពង់ទឹកនោម		
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram	3	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	3	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg	1	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	3	
trimethoprim oral tablet 100 mg	1	
ថ្នាំអេរីត្រូមីស៊ីន / ម៉ាក្រូលីតផ្សេងទៀត		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	3	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	3	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
erythromycin oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg	1	
fidaxomicin oral tablet 200 mg	5^	QL (20 EA per 10 days)
ស៊ុលហ្វា / សារធាតុពាក់ព័ន្ធ		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
ថ្នាំរក្សាលំនឹងក្នុងខ្លួន / ថ្នាំ CNS **ឯកទេសសរសៃប្រសាទ / ចិត្តសាស្ត្រ**		
ការព្យាបាលផ្នែកសរសៃប្រសាទផ្សេងៗ		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	3	PA; QL (56 EA per 28 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	3	PA; QL (120 EA per 180 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
donepezil oral tablet 23 mg	3	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	1	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	1	QL (200 ML per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	5^	PA; QL (30 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML	5^	PA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	1	PA
memantine oral solution 2 mg/ml	1	PA
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	2	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	1	QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	1	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	3	PA; QL (240 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
ការព្យាបាលរោគប្រកាំង / ឈឺក្បាលខ្លាំង		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	2	PA; QL (1 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	3	QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	2	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; QL (2 ML per 30 days)
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	1	QL (40 EA per 28 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	1	QL (18 EA per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	2	PA; QL (16 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (12 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	1	QL (12 EA per 28 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	1	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	1	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	1	QL (8 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1	QL (18 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg	1	QL (18 EA per 28 days)
ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ដែលមិនមែនកើតពីថ្នាំញៀន		
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	1	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	1	
butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml	1	QL (10 ML per 28 days)
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	1	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
diclofenac sodium topical drops 1.5 %	1	QL (300 ML per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	1	
diflunisal oral tablet 500 mg	1	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	1	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg	1	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	1	
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG	2	QL (30 EA per 90 days)
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	1	
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	1	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	1	
naltrexone oral tablet 50 mg	1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
oxaprozin oral tablet 600 mg	1	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	1	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	1	
tramadol oral tablet 50 mg	1	QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	1	QL (240 EA per 30 days)
ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ពីសារធាតុញៀន		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	1	QL (2700 ML per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	1	QL (360 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	1	QL (180 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	1	
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	3	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	3	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	3	QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	3	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	3	QL (50 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	1	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	QL (180 EA per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	1	PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	1	QL (180 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	1	QL (900 ML per 30 days)
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	1	QL (180 EA per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	1	PA; QL (90 EA per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	1	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	1	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	1	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	1	QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	3	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	3	QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	3	QL (240 EA per 30 days)
ថ្នាំព្យាបាលជំងឺផាកឃីនសុន		
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	3	PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	1	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	1	
carbidopa oral tablet 25 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	1	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	1	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	1	
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	1	
entacapone oral tablet 200 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	3	
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	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	1	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	1	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	1	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	2	
ថ្នាំព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 56 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	3	PA; QL (120 EA per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	3	PA; QL (150 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	3	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	3	
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	3	QL (900 ML per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 180 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	3	ST; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	1	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	1	QL (90 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	3	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 50 mg	1	
chlorpromazine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg	3	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	1	
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	3	PA-NS
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg	3	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg	3	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	3	PA-NS; QL (360 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	3	
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	3	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg	1	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg	3	QL (120 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (180 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg	1	QL (120 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg	1	QL (90 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg	1	QL (60 EA per 30 days)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	1	QL (90 EA per 30 days)
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	3	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	3	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	3	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	3	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	3	
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	1	QL (60 EA per 30 days)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	1	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	5^	ST; QL (30 EA per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	5^	ST; QL (32 EA per 180 days)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	3	ST; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	3	ST; QL (8 EA per 180 days)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	3	ST; QL (12 EA per 180 days)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	3	ST; QL (8 EA per 180 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	2	QL (28 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	2	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)	1	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	1	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	1	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	1	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	3	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)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	1	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	1	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	2	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5^	QL (0.5 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	3	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg	3	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	1	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	1	
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	1	PA; QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	PA; QL (150 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	1	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml	1	QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml	1	QL (1800 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	1	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 36 mg, 54 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	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	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
modafinil oral tablet 100 mg	1	PA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	1	PA; QL (60 EA per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	1	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	3	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	3	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	1	QL (3 EA per 1 day)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	3	QL (90 EA per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	3	QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	3	QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
phenelzine oral tablet 15 mg	1	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	1	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	3	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	1	
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	1	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	ST

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml	3	QL (2 EA per 28 days)
risperidone microspheres 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	1	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឃ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg	1	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	1	
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg, 7.5 mg	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	1	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	2	QL (30 EA per 30 days)

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	1	
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	1	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)
ថ្នាំសម្រួលជីពចរសរសៃប្រសាទ (ANTICONVULSANTS)		
brivaracetam oral solution 10 mg/ml	5^	QL (600 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
brivaracetam 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	1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	1	
carbamazepine oral tablet 200 mg	1	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	1	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	3	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	3	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	1	QL (300 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	1	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	1	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	3	
DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	3	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	3	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	1	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	1	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5^	PA-NS; LA
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	3	QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	5^	QL (60 EA per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	1	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	1	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	3	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (360 ML 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)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	1	QL (2160 ML per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	1	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	1	QL (120 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg	3	PA; QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg	3	PA; QL (90 EA per 30 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	1	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
lacosamide oral tablet 50 mg	1	QL (120 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	1	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	1	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	1	
LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG	3	
methsuximide oral capsule 300 mg	3	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	3	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	1	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	1	
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	5^	QL (680 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្នាក់ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	3	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	1	PA-NS
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	1	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	1	

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	3	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	3	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	3	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	1	
roweepra oral tablet 500 mg	1	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	5^	PA-NS; QL (2760 ML per 30 days)
rufinamide oral tablet 200 mg	1	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
rufinamide oral tablet 400 mg	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	5^	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	3	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	1	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	1	
topiramate oral solution 25 mg/ml	2	PA-NS
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	1	
valproic acid oral capsule 250 mg	1	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	3	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (150 EA per 25 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការកំណត់ ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
vigadrone oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (150 EA per 25 days)
vigadrone oral tablet 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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	3	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	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (1100 ML per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ថ្នាំសម្រួលសាច់ដុំ /ការព្យាបាលការកន្ត្រាក់សាច់ដុំ		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	3	PA
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	1	
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ថ្នាំអង់ទីណឺប្លាស្ទិក / ថ្នាំកាត់បន្ថយភាពសកម្មនៃប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ		
ថ្នាំជំនួយការព្យាបាល		
BOMYNTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5^	PA-NS
BOMYNTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5^	PA-NS
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	1	
mesna oral tablet 400 mg	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5^	PA-NS
ថ្នាំអង់ទីណូប្លាស្ទិក / ថ្នាំកាត់បន្ថយភាពសកម្មនៃប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ		
abiraterone oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	3	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; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5^	PA-NS; QL (30 EA per 180 days)
anastrozole oral tablet 1 mg	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	5^	PA-NS; QL (66 EA per 28 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
azathioprine oral tablet 50 mg	1	B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA
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	1	
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 500 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
bosutinib oral tablet 400 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 TABLET 160 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 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)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ង 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	3	B/D
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	1	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	1	B/D
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	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
dasatinib oral tablet 70 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	2	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	2	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	2	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	2	PA-NS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	2	PA-NS

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	3	B/D
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; 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; 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 (60 EA per 30 days)
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	5^	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា នឹងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	2	B/D

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	5^	B/D
exemestane oral tablet 25 mg	1	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5^	PA-NS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	3	PA-NS
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកេ
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
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)
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	1	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
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)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg	1	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 125 MG	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
imatinib oral tablet 100 mg	2	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; QL (90 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5^	PA-NS; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5^	PA-NS; QL (280 ML per 28 days)
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5^	PA-NS; QL (5 EA per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
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; QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	5^	PA-NS; QL (30 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)
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
JIDEYTRO ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	2	
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	5^	PA-NS
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG, 7.5 MG	5^	PA-NS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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; QL (28 EA per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5^	PA-NS; 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; QL (90 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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; QL (60 EA per 30 days)
letrozole oral tablet 2.5 mg	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5^	
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	3	PA-NS
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)	5^	PA-NS; LA; QL (18 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
LIFYORLI ORAL CAPSULE 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)	5^	PA-NS; LA; QL (27 EA per 28 days)
lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg	3	
lomustine oral capsule 100 mg	5^	
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5^	PA-NS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; 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; 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; LA; QL (84 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5^	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5^	PA-NS; LA; QL (140 EA per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5^	
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	3	PA
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	3	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5^	PA-NS; QL (1260 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5^	PA-NS; 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	1	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	1	B/D
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	1	B/D
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5^	PA-NS; QL (20 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	1	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	5^	B/D
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	1	B/D
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	1	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
mycophenolic acid dr 180 mg tb	1	B/D
mycophenolic acid dr 360 mg tb	1	B/D
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឲ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
nilotinib hcl oral capsule 50 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
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)
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	3	PA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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; 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)
pazopanib oral tablet 200 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
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)
pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	5^	PA-NS; QL (21 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	3	B/D

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 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)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 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)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5^	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (150 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; 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)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5^	PA-NS; QL (224 EA per 28 days)
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5^	PA
sirolimus oral solution 1 mg/ml	3	B/D
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5^	
sorafenib oral tablet 200 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; 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)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	3	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	1	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5^	PA-NS; 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)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5^	PA-NS; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5^	PA-NS
toremifene oral tablet 60 mg	3	
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	5^	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (64 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្នាក់ចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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	2	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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 (56 EA per 28 days)
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
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; 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	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5^	PA-NS; LA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1៖ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
yulithira oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	3	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; QL (224 EA per 28 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ប្រព័ន្ធការពាររាងកាយ វ៉ាក់សាំង/ បច្ចេកវិទ្យាជីវសាស្ត្រ		
ថ្នាំជីវបច្ចេកវិទ្យា		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5^	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5^	PA
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML	5^	PA-NS; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5^	PA-NS; LA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5^	PA; QL (14 EA per 28 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5^	PA
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5^	PA
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

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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^	QL (4 ML per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5^	QL (2 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	2	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5^	PA
វ៉ាក់សាំង / ជំនួយដល់ប្រព័ន្ធរាងកាយផ្សេងទៀត		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	4	NM; IRA $0 for age 19 and older

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	4	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	4	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	4	NM
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	4	NM; IRA $0 for age 50 and older only

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	4	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	4	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	4	NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	4	NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	4	B/D; NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	4	B/D; NM
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	4	B/D; NM
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5^	PA; NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	4	NM; IRA $0 up to age 45
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	4	NM; IRA $0 up to age 45
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	4	NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	4	B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	4	NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	4	B/D; NM
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	4	NM
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	4	NM
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	4	NM
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	4	B/D; NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	4	NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	4	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	4	NM
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	4	NM
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	4	NM; IRA $0 for age 50 and older only

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	4	NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	4	NM
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	4	NM
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	4	NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	4	NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	4	NM
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	4	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	4	NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	4	NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	4	B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	4	B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	4	B/D; NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	4	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (2 EA per 720 days)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	4	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (1 ML per 720 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	4	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	4	NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	4	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	4	NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	4	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	4	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	4	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	4	NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	4	NM
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	6	NM
VIMKUNYA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	4	NM
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	6	NM

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកកែ

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	4	NM
វីតាមីន សារធាតុហម៉ោទីនីក / អេឡិចត្រូលីត		
ផលិតផលអាហារូបត្ថម្ភផ្សេងៗ		
electrolyte-a intravenous parenteral solution	1	
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	3	B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	3	B/D

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	3	B/D
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	B/D
វីតាមីន / ហម៉ោទីនីក		
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution	1	NT
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	1	
folic acid oral tablet 1 mg	1	NT
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
vitamin d2 oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	1	NT
អេឡិចត្រូលីត (ELECTROLYTES)		
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	2	PA
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	2	PA
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	1	
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	1	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	1	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	1	
klor-con oral packet 20 meq	1	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	3	
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	3	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ៗ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 40 meq/l	1	
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	1	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	1	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	1	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
potassium chloride oral packet 20 meq	1	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq	1	
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	1	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	1	
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	1	
ឯកទេសជំងឺប្រព័ន្ធតម្រងនោម		
ការព្យាបាលជំងឺហើមក្រពេញប្រូស្តាត (BPH)		
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	1	
dutasteride oral capsule 0.5 mg	1	
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	1	
finasteride oral tablet 5 mg	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ថ្នាំរក្សាតុល្យភាពរាងកាយ / ថ្នាំរោគចុកឆ្អល់		
mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	1	QL (600 ML per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1	QL (120 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	3	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg	3	QL (30 EA per 30 days)
trospium oral tablet 20 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
ឯកទេសជំងឺប្រព័ន្ធតម្រងនោមផ្សេងៗ		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	1	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	3	PA; LA

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ទំព័រ

C1៥ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	3	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)	1	
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
vardenafil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)
ឯកទេសសាច់ដុំនិងឆ្អឹង / ឯកទេសជំងឺរលាកសន្លាក់		
ការព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង		
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	1	QL (300 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)
BONSITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML)	5^	PA; QL (2.24 ML per 28 days)
CONEXXENCE SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 ML per 180 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	1	QL (1 EA per 30 days)
raloxifene oral tablet 60 mg	1	
risedronate oral tablet 150 mg	1	QL (1 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	1	QL (4 EA per 28 days)
risedronate oral tablet 5 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg	1	QL (4 EA per 28 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 ML per 180 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)	5^	PA; Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; QL (2.24 ML per 28 days)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ការព្យាបាលរោគប្រគ្រីវ		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	3	QL (120 EA per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	3	QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	1	
probenecid oral tablet 500 mg	1	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	1	
ឯកទេសជំងឺរលាកសន្លាក់ផ្សេងទៀត		
ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ការរឹតត្បិតឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-AATY(CF) AI CROHNS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (3 EA per 180 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឲ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
ADALIMUMAB-ADBM SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
ADALIMUMAB-ADBM SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
AVTOZMA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
AVTOZMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5^	PA; QL (8 ML 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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
milnacipran oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (60 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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	5^	PA; QL (41 EA per 180 days)
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
penicillamine oral tablet 250 mg	5^	PA
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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកេ
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5^	PA; QL (84 EA per 180 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	5^	PA; QL (480 ML per 30 days)
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
អង់ដូគ្រីន/ជំងឺទឹកនោមផ្អែម		
ការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម		
acarbose oral tablet 100 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 25 mg	6	QL (360 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 50 mg	6	QL (180 EA per 30 days)
alcohol pads topical pads, medicated	1	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg	1	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg, 5-500 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	5^	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	2	ST; 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)

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	2	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
INSULIN GLARGINE U-300 CONC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML), 300 UNIT/ML (3 ML)	2	
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	2	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
KIRSTY PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	
KIRSTY SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1៖ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
liraglutide subcutaneous pen injector 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml)	2	PA; QL (9 ML per 30 days)
MERILOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	
MERILOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	
metformin er 1,000 mg osm-tab	1	generic of Fortamet; QL (60 EA per 30 days)
metformin er 500 mg osmotic tb	1	generic of Fortamet; QL (120 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)
metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg	1	(osmotic) generic of Fortamet; QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
metformin oral tablet extended release 24hr 500 mg	1	(osmotic) generic of Fortamet; QL (120 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	4	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)	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1២ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	2	PA; QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែកទេ

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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)	2	PA; QL (3 ML per 28 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)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
repaglinide oral tablet 2 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	2	QL (30 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	2	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	2	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្នាក់ចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	2	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	2	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	2	QL (60 EA per 30 days)
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	2	PA; QL (2 ML per 28 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	QL (60 EA per 30 days)
ថ្នាំអង់ទីរ៉ូអ៊ីត		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	1	
អ័រម៉ូនក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត		
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	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា នឹងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
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	
liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	1	
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	2	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ឌ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
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	
អរម៉ូនផ្សេងៗ		
cabergoline oral tablet 0.5 mg	1	
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	1	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	1	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	1	
cinacalcet oral tablet 30 mg	1	PA; QL (60 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក

C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
cinacalcet oral tablet 60 mg	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	3	PA; QL (120 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	1	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	1	
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	1	
mifepristone oral tablet 300 mg	5^	PA
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
sapropterin oral powder in packet 100 mg	5^	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5^	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	1	
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	1	
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	1	PA; QL (300 GM per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	1	PA; QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	1	PA; QL (300 GM per 30 days)
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg	5^	PA
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	5^	PA
អរម៉ូនលើតម្រងនោម		
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ខ 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	1	B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	1	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	1	

ឈ្មោះឱសថ	**ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)**	**សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ**
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	1	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	3	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	3	
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)	1	

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញានិងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក
C1ង 10/15/2026

ឈ្មោះឱសថ	ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ (លំដាប់កម្រិតថ្នាក់)	សកម្មភាពចាំបាច់ ការរឹតត្បិត ឬការដាក់កម្រិតលើការប្រើ
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថន័យរបស់និមិត្តសញ្ញា និងអក្សរកាត់នៅក្នុងតារាងនេះ ដោយចូលទៅកាន់ផ្នែក C1។

D. លិបិក្រមរបស់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ក្នុងផែនការនេះ

អ្នកនឹងស្វែងរកឃើញឱសថតាមរយៈការស្វែងរកឈ្មោះរបស់ឱសថនោះតាមលំដាប់លំដោយនៃអក្សរក្រម។ វានឹងប្រាប់អ្នកអំពីលេខទំព័រដែលអ្នកអាចរកឃើញព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

abacavir............ 174
abacavir-lamivudine......... 174
abigale................. 93
abigale lo............ 93
ABILIFY ASIMTUFII.. 223, 224
ABILIFY MAINTENA......... 224
abiraterone........ 270
abirtega............ 270
ABRYSVO (PF).....310
acamprosate........37
acarbose........... 343
accutane............. 56
acebutolol.......... 133
acetaminophen-codeine.......216, 217
acetazolamide..... 50
acetic acid.........159
acetylcysteine.... 112
acitretin.............. 59
ACTHIB (PF)........311
ACTIMMUNE......307
acyclovir..... 174, 175
acyclovir sodium 175
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).................. 311
ADALIMUMAB-AATY...........336, 337
ADALIMUMAB-AATY(CF) AI CROHNS............ 337
ADALIMUMAB-ADBM.................338
adapalene...........56
adefovir.............175
ADEMPAS...........112
ADVAIR HFA....... 113
AIMOVIG AUTOINJECTOR..209
AIRSUPRA..........113
AKEEGA.............270
ala-cort................ 66
albendazole........187
albuterol sulfate 113, 114
alclometasone..... 66
alcohol pads.......343
ALECENSA.......... 270
*alendronate*333, 334
alfuzosin............330
aliskiren.............133
allopurinol.........336
alosetron...........101
ALPHAGAN P........48
alprazolam.........224
altavera (28)....... 75
ALUNBRIG.. 270, 271

alyacen 1/35 (28).76
amantadine hcl..175
ambrisentan.......115
amikacin............ 187
amiloride............133
amiloride-hydrochlorothiazide.......................133
amiodarone....... 152
amitriptyline...... 225
amlodipine.........134
amlodipine-atorvastatin....... 155
amlodipine-benazepril.......... 134
amlodipine-olmesartan.........134
amlodipine-valsartan............134
amlodipine-valsartan-hcthiazid............ 134
ammonium lactate..................72
amnesteem..........56
amoxapine......... 225
amoxicillin..........167
amoxicillin-pot clavulanate........ 168
amphotericin b...196
amphotericin b liposome............ 197
ampicillin........... 168
ampicillin sodium.................. 168, 169
ampicillin-sulbactam.......... 169
anagrelide............38
anastrozole........ 271
ANORO ELLIPTA. 115
apraclonidine.......48
aprepitant..........101
apri........................76
APTIVUS.............175
aranelle (28).........76
ARCALYST...........307
AREXVY (PF)....... 311
arformoterol...... 115
ARIKAYCE........... 188
aripiprazole........225
ARISTADA...........226
ARISTADA INITIO225
armodafinil........ 227
ARNUITY ELLIPTA........................... 115
asenapine maleate..............227
ashlyna.................76
aspirin-dipyridamole......128
ASSURE ID INSULIN SAFETY... 44
atazanavir..........175
atenolol..............135
atenolol-chlorthalidone....135
atomoxetine.......227
atorvastatin....... 155
atovaquone........188
atovaquone-proguanil............188
atropine............... 54
ATROVENT HFA..115
aubra eq...............76
AUGTYRO...........271
AUSTEDO........... 204
AUSTEDO XR...... 204
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)..........205
AUVELITY........... 227

aviane 76
AVMAPKI-FAKZYNJA........... 271
AVTOZMA.......... 338
AVTOZMA AUTOINJECTOR.. 338
AYVAKIT............. 271
azathioprine....... 272
azelaic acid.......... 56
azelastine..... 54, 160
azithromycin 201, 202
aztreonam......... 188
azurette (28)........ 76
bacitracin-polymyxin b.......... 50
baclofen............. 268
balsalazide......... 101
BALVERSA.......... 272
balziva (28).......... 76
BARACLUDE....... 176
BCG VACCINE, LIVE (PF)............ 312
BELSOMRA......... 227
benazepril.......... 135
benazepril-hydrochlorothiazide...................... 135
BENLYSTA........... 339
benztropine........ 220
BESREMI............. 307
BESREMI PEN..... 307
betaine............... 102
betamethasone dipropionate.. 66, 67
betamethasone valerate................ 67
betamethasone, augmented..... 67, 68
BETASERON....... 308
betaxolol...... 49, 135
bethanechol chloride.............. 332
BEVESPI AEROSPHERE...... 116
bexarotene......... 272
BEXSERO........... 312
bicalutamide...... 272
BICILLIN L-A........ 169
BIKTARVY........... 176
bimatoprost......... 46
bismuth subcit k-metronidz-tcn...... 99
bisoprolol fumarate........... 135
bisoprolol-hydrochlorothiazide...................... 136
blisovi 24 fe.......... 77
blisovi fe 1.5/30 (28)....................... 77
BOMYNTRA........ 269
BONSITY............. 334
BOOSTRIX TDAP. 312
bosentan............ 116
BOSULIF............. 272
bosutinib............ 273
BRAFTOVI........... 273
BREO ELLIPTA..... 116
breyna................ 116
BREZTRI AEROSPHERE...... 117
briellyn................ 77
brimonidine.......... 48
brinzolamide........ 47
brivaracetam 253, 254
bromfenac........... 52
bromocriptine.... 220
BRUKINSA.......... 273
budesonide.102, 117
bumetanide....... 136

10/15/2026

buprenorphine hcl 217
buprenorphine-naloxone 212
bupropion hcl 228
bupropion hcl (smoking deter) 37
buspirone 228
butorphanol 212
cabergoline 360
CABOMETYX...... 273
calcipotriene .. 59, 60
calcitonin (salmon) 360
calcitriol 360
calcium acetate(phosphat bind) 326
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)................. 273
camila 93
camrese lo 77
candesartan 136
candesartan-hydrochlorothiazid 136
CAPLYTA............228
CAPRELSA...273, 274
captopril 137
carbamazepine .. 254
carbidopa 220
carbidopa-levodopa 221
carbidopa-levodopa-entacapone 221
carglumic acid 38
carteolol 49
cartia xt 137
carvedilol 137
caspofungin 197
CAYSTON...........188
cefaclor 162
cefadroxil ... 162, 163
cefazolin 163
cefdinir 163
cefepime 163
cefixime 164
cefoxitin 164
cefpodoxime 164
cefprozil 165
ceftaroline fosamil 165
ceftazidime 165
ceftriaxone . 165, 166
cefuroxime axetil 166
cefuroxime sodium 166
celecoxib 212
cephalexin 166
cetirizine 127
cevimeline 38
CHEMET............... 38
chlorhexidine gluconate 160
chloroquine phosphate 189
chlorpromazine ..229
chlorthalidone 137
cholestyramine (with sugar) 155
cholestyramine light 156
ciclopirox 64
cilostazol 129
CIMDUO.............176
cinacalcet ...360, 361
ciprofloxacin hcl 50, 173
ciprofloxacin in 5 % dextrose 173
ciprofloxacin-dexamethasone . 161

10/15/2026

citalopram 229
claravis 56
clarithromycin 202
clindamycin hcl .. 189
clindamycin in 5 % dextrose 189
clindamycin phosphate 56, 57, 91, 189
clindamycin-benzoyl peroxide ..57
clobazam 255
clobetasol 68
clobetasol-emollient 69
clodan 69
clomipramine 229
clonazepam 255
clonidine 137
clonidine hcl 137
clopidogrel 129
clorazepate dipotassium 229, 230
clotrimazole 64, 65, 197
clotrimazole-betamethasone 65
clozapine 230
COARTEM.......... 190
COBENFY...........230
COBENFY STARTER PACK... 231
colchicine 336
colesevelam 156
colestipol 156
colistin (colistimethate na) 190
COMBIGAN.......... 47
COMBIVENT RESPIMAT.......... 117
COMETRIQ......... 274
compro 102
CONEXXENCE..... 334
constulose 102
COPIKTRA..........274
COSENTYX...........60
COSENTYX (2 SYRINGES)...........60
COSENTYX PEN (2 PENS).................. 60
COSENTYX UNOREADY PEN...60
COTELLIC...........274
CREON................103
CRESEMBA......... 197
cromolyn 54, 103, 117
cryselle (28) 77
cyanocobalamin (vitamin b-12) 325
cyclobenzaprine . 268
cyclophosphamide 275
CYCLOPHOSPHAMIDE................. 275
cyclosporine . 55, 275
cyclosporine modified 275
cyproheptadine ..127
cyred eq 77
CYSTAGON......... 332
CYSTARAN...........55
d10 %-0.45 % sodium chloride ... 38
d2.5 %-0.45 % sodium chloride ... 38
d5 % and 0.9 % sodium chloride ... 38
d5 %-0.45 % sodium chloride ... 39
dabigatran etexilate 129
dalfampridine 205

10/15/2026

danazol 361
dantrolene 268
DANZITEN 275
dapagliflozin 343
dapagliflozin-metformin .. 343, 344
dapsone 190
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) .. 313
daptomycin 190
darunavir 176
dasatinib 275
DAURISMO 276
deblitane 93
deferasirox 39
DELSTRIGO 176
demeclocycline ... 171
DEPO-SUBQ PROVERA 104 94
DESCOVY 176
desipramine 231
desloratadine 127
desmopressin 361
desonide 69
desvenlafaxine succinate 231
dexamethasone 363, 364
dexamethasone sodium phosphate 53
dexlansoprazole ... 99
dexmethylphenidate 231, 232
dextroamphetamine sulfate 232
dextroamphetamine-amphetamine 233
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 39
dextrose 10 % in water (d10w) 39
dextrose 5 % in water (d5w) 40
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 40
DIACOMIT .. 255, 256
diazepam 233, 234, 256
diazepam intensol 233
diazoxide 344
diclofenac potassium 212
diclofenac sodium 53, 213
diclofenac-misoprostol 213
dicloxacillin 169
dicyclomine 111
diflunisal 213
difluprednate 53
digoxin 151
dihydroergotamine 210
DILANTIN 257
DILANTIN EXTENDED 256
DILANTIN INFATABS 256
DILANTIN-125 257
diltiazem hcl 138
dilt-xr 139
dimethyl fumarate 205
diphenoxylate-atropine 111, 112
dipyridamole 129
disopyramide phosphate 152

disulfiram 40
divalproex 257
dofetilide 152
dolishale 77
donepezil 205, 206
dorzolamide 47
dorzolamide-timolol 47
dotti 94
DOVATO 176
doxazosin 139
doxepin 234
doxercalciferol ... 361
doxy-100 171
doxycycline hyclate 171, 172
doxycycline monohydrate 172
DRIZALMA SPRINKLE 234
dronabinol 103
drospirenone-e.estradiol-lm.fa .. 78
drospirenone-ethinyl estradiol ... 78
DROXIA 276
duloxetine 234
DUPIXENT PEN 72
DUPIXENT SYRINGE 73
dutasteride 330
dutasteride-tamsulosin 330
EDARBI 139
EDARBYCLOR 139
EDURANT PED 177
efavirenz 177
efavirenz-emtricitabin-tenofov 177
efavirenz-lamivu-tenofov disop 177
electrolyte-a 324
ELIGARD 276
ELIGARD (3 MONTH) 276
ELIGARD (4 MONTH) 276
ELIGARD (6 MONTH) 276
ELIQUIS 129, 130
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 129
ELIQUIS SPRINKLE 130
ELMIRON 333
eltrombopag olamine 130, 131
eluryng 91
EMGALITY PEN ... 210
EMGALITY SYRINGE 210
EMSAM 235
emtricitabine 177
emtricitabine-tenofovir (tdf) 177, 178
emtricita-rilpivirine-tenof df 178
EMTRIVA 178
enalapril maleate 139
enalapril-hydrochlorothiazide 139
ENBREL 339
ENBREL MINI 339
ENBREL SURECLICK 340
ENGERIX-B (PF) .. 313
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) ... 313

enilloring 91
enoxaparin 131
ENSACOVE 277
enskyce 78
entacapone 221
entecavir 178
ENTYVIO PEN 103
enulose 103
ENVARSUS XR 277
EPIDIOLEX 257
epinephrine 127
eplerenone 139
ergotamine-caffeine 210
ERIVEDGE 277
ERLEADA 277
erlotinib 277
errin 94
ertapenem 190
ery pads 57
erythromycin 51, 202, 203
erythromycin with ethanol 57
erythromycin-benzoyl peroxide .. 58
escitalopram oxalate 235
eslicarbazepine 257, 258
esomeprazole magnesium 99
estarylla 78
estradiol 94, 95
estradiol valerate . 95
estradiol-norethindrone acet 95
ethambutol 190
ethosuximide 258
etodolac 213, 214
etonogestrel-ethinyl estradiol ... 91
etravirine 178
EUCRISA 73
EULEXIN 277
everolimus (antineoplastic) .. 278
everolimus (immunosuppressive) 278, 279
EVOTAZ 178
exemestane 279
EXXUA 235
ezetimibe 156
ezetimibe-simvastatin 156
falmina (28) 78
famciclovir 178
famotidine ... 99, 100
FANAPT 236
FANAPT TITRATION PACK A 236
FANAPT TITRATION PACK B 236
FANAPT TITRATION PACK C 236
FARXIGA 344
FASENRA 118
FASENRA PEN 118
febuxostat 336
feirza 78
felbamate 258
felodipine 140
fenofibrate 157
fenofibrate micronized 157
fenofibrate nanocrystallized . 157

fenofibric acid (choline)............157
fentanyl.............217
FETZIMA............237
fidaxomicin........ 203
FILSPARI............ 151
finasteride.........330
fingolimod..........206
FINTEPLA...........258
finzala................. 78
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE............ 279
flecainide.......... 153
fluconazole.........198
fluconazole in nacl (iso-osm) 197, 198
flucytosine..........198
fludrocortisone...364
flunisolide.......... 118
fluocinolone........ 69
fluocinolone acetonide oil...... 159
fluocinolone and shower cap..........69
fluocinonide........ 70
fluocinonide-emollient.............70
*fluoride (sodium)*325
fluorometholone..54
fluorouracil.......... 73
fluoxetine.......... 237
fluphenazine decanoate......... 237
fluphenazine hcl 237, 238
flurbiprofen........214
flurbiprofen sodium................ 53
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL.......118
fluticasone propionate... 70, 119
fluticasone propion-salmeterol.........119
fluvastatin.........157
fluvoxamine....... 238
folic acid............325
formoterol fumarate...........119
fosamprenavir....178
fosfomycin tromethamine....200
fosinopril...........140
fosinopril-hydrochlorothiazide.......................140
FOTIVDA............279
FRUZAQLA..279, 280
FULPHILA........... 308
furosemide.........140
fyavolv................. 96
gabapentin.258, 259
galantamine.......206
galbriela...............79
gallifrey................96
GAMUNEX-C...... 313
GARDASIL 9 (PF).314
gatifloxacin..........51
GAUZE PAD..........44
gavilyte-c........... 104
gavilyte-g...........104
gavilyte-n...........104
GAVRETO........... 280
gefitinib.............280
gemfibrozil.........157
generlac............104
gengraf............. 280

gentamicin 51, 63, 191
gentamicin in nacl (iso-osm).....190
GENVOYA...........179
GILOTRIF............ 280
glatiramer.. 206, 207
glatopa.............. 207
glimepiride.........344
glipizide......344, 345
glipizide-metformin..........345
glutamine (sickle cell)...................... 40
glycopyrrolate....112
GLYXAMBI..........345
GOMEKLI............280
granisetron hcl...104
griseofulvin microsize............198
griseofulvin ultramicrosize.... 199
guanfacine. 140, 238
GVOKE................346
GVOKE HYPOPEN 2-PACK............... 346
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE....346
HAEGARDA.........119
hailey 24 fe.......... 79
hailey fe 1/20 (28).......................79
halobetasol propionate........... 70
haloperidol.........239
haloperidol decanoate..........238
haloperidol lactate................239
HAVRIX (PF)........314
heather................ 96
*heparin (porcine)*131
HEPLISAV-B (PF).314
HERNEXEOS....... 281
HIBERIX (PF).......314
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN............346
hydralazine........ 141
hydrochlorothiazide......................141
hydrocodone-acetaminophen 217, 218
hydrocodone-ibuprofen.......... 218
hydrocortisone 70, 71, 104, 364
hydromorphone. 218
hydroxychloroquine.......................191
hydroxyurea.......281
hydroxyzine hcl.. 127
hydroxyzine pamoate............ 128
HYRNUO.............281
ibandronate....... 334
IBRANCE.............281
IBTROZI.............. 281
ibu.....................214
ibuprofen........... 214
icatibant.............120
iclevia...................79
ICLUSIG.............. 281
icosapent ethyl...158
IDHIFA................281
IDVYNSO............ 179
imatinib.............282
IMBRUVICA........ 282
imipenem-cilastatin............ 191
imipramine hcl... 239
imiquimod...........73
IMKELDI............. 282

IMOVAX RABIES VACCINE (PF)..... 315
IMPAVIDO..........191
incassia................ 96
INCRELEX..............40
INCRUSE ELLIPTA120
indapamide........141
INFANRIX (DTAP) (PF).....................315
INGREZZA...........207
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)........ 207
INLURIYO........... 282
INLYTA........282, 283
INQOVI...............283
INREBIC.............283
INSULIN GLARGINE U-300 CONC..................347
INSULIN GLARGINE-YFGN 347
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100................... 44
INTELENCE......... 179
introvale..............79
INVEGA HAFYERA 239
INVEGA SUSTENNA......... 240
INVEGA TRINZA..241
IPOL.....................315
ipratropium bromide......120, 160
ipratropium-albuterol............ 120
irbesartan.......... 141
irbesartan-hydrochlorothiazide.......................141
ISENTRESS..........179
ISENTRESS HD.... 179
isibloom.............. 79
isoniazid............191
isosorbide dinitrate.............154
isosorbide mononitrate.......154
isotretinoin...........58
isradipine........... 141
ITOVEBI.............283
itraconazole....... 199
ivabradine..........151
ivermectin.......... 191
IWILFIN............. 283
IXIARO (PF).........315
jaimiess................80
JAKAFI................ 283
JAKAFI XR........... 284
jantoven.............131
JANUVIA.............347
JARDIANCE.........347
jasmiel (28).......... 80
JAYPIRCA............284
JIDEYTRO............284
jinteli....................96
JOURNAVX......... 214
juleber..................80
JULUCA.............. 180
junel 1.5/30 (21).. 80
junel 1/20 (21)..... 80
junel fe 1.5/30 (28).......................80
junel fe 1/20 (28). 80
junel fe 24........... 81
JYLAMVO........... 284
JYNNEOS (PF)..... 315
kaitlib fe...............81
KALETRA............180
kariva (28)............81
kelnor 1/35 (28)... 81
KERENDIA...........142

ketoconazole 65, 199
ketorolac 53
KINRIX (PF).........316
kionex 40
KIRSTY 348
KIRSTY PEN.........348
KISQALI...... 284, 285
klor-con 327
klor-con 10 326
klor-con 8 326
klor-con m10 327
klor-con m15 327
klor-con m20 327
KLOXXADO......... 214
KOMZIFTI........... 285
KOSELUGO......... 285
kourzeq 160
KRAZATI............ 285
kurvelo (28) 81
l norgest/e.estradiol-e.estrad 81
labetalol 142
lacosamide 259
lactulose 104
lamivudine 180
lamivudine-zidovudine 180
lamotrigine 260
lansoprazole 100
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN..............348
LANTUS U-100 INSULIN..............348
lapatinib 285
larin 1.5/30 (21) ...82
larin 1/20 (21) 82
larin fe 1.5/30 (28) 82
larin fe 1/20 (28) ..82
latanoprost 47
LAZCLUZE........... 286
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR...... 180
leflunomide 340
lenalidomide 286
LENVIMA.... 286, 287
LEQEMBI IQLIK...207
lessina 82
letrozole 287
leucovorin calcium 269
LEUKERAN..........287
LEUKINE............ 308
leuprolide 287
levalbuterol hcl .. 120
levetiracetam 260, 261
LEVETIRACETAM 261
levobunolol 49
levocarnitine 41
levocarnitine (with sugar) 40
levocetirizine 128
levofloxacin 173
levofloxacin in d5w 173
levonest (28) 82
levonorgestrel-ethinyl estrad . 82, 83
levonorg-eth estrad triphasic 83
levothyroxine 358
levoxyl 359
lidocaine 74
lidocaine hcl ... 73, 74
lidocaine-prilocaine 74
lidocan iii 74
LIFYORLI..... 287, 288
LILETTA.................92
linezolid 192

linezolid in dextrose 5%....... 192
LINZESS............. 105
liomny................ 359
liothyronine........359
liraglutide...........349
lisdexamfetamine................ 241, 242
lisinopril............. 142
lisinopril-hydrochlorothiazide....................... 142
lithium carbonate.......................... 242
lithium citrate.... 242
LIVTENCITY.........180
lojaimiess............. 83
LOKELMA............ 41
lomustine........... 288
LONSURF............288
loperamide.........112
lopinavir-ritonavir............ 180
lorazepam.........242
lorazepam intensol............. 242
LORBRENA......... 288
loryna (28).......... 83
losartan.............142
losartan-hydrochlorothiazide...................... 143
loteprednol etabonate........... 54
lovastatin........... 158
loxapine succinate...........243
lubiprostone.......105
luizza....................83
LUMAKRAS.........289
LUPRON DEPOT. 289
lurasidone.......... 243
LYBALVI.............243
lyleq..................... 96
lyllana.................. 96
LYNPARZA.......... 289
LYSODREN..........289
LYTGOBI..... 289, 290
lyza.......................96
magnesium sulfate...............327
malathion........... 64
maraviroc...........181
marlissa (28)........ 83
MARPLAN.......... 243
MATULANE........ 290
matzim la........... 143
meclizine............105
medroxyprogesterone.......................97
mefloquine.........192
megestrol...........290
MEKINIST... 290, 291
MEKTOVI............291
meleya................. 97
meloxicam......... 215
memantine........ 208
MENQUADFI (PF)......................... 316
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).. 316
mercaptopurine. 291
MERILOG...........349
MERILOG SOLOSTAR..........349
meropenem...... 192
*mesalamine*105, 106
mesna................ 269
metformin.......... 349, 350, 351
methadone........ 218
methazolamide....50
methenamine hippurate.......... 200

10/15/2026

methimazole......358
methotrexate sodium...............291
methotrexate sodium (pf).........291
methsuximide.... 261
methylphenidate hcl............. 243, 244
methylprednisolone.......................364
metoclopramide hcl...................... 106
metolazone........143
metoprolol succinate...........143
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 144
metoprolol tartrate............. 144
metronidazole.............. 58, 92, 193
metronidazole in nacl (iso-os)........193
metyrosine........144
mexiletine.......... 153
mibelas 24 fe........84
micafungin........199
microgestin 1.5/30 (21)..........84
microgestin 1/20 (21).......................84
microgestin fe 1.5/30 (28)..........84
microgestin fe 1/20 (28).............84
midodrine.............41
mifepristone.......361
mili.......................84
milnacipran........340
mimvey............... 97
minocycline........172
minoxidil........... 144
mirabegron........331
mirtazapine........244
misoprostol........100
M-M-R II (PF)..... 316
modafinil...........245
MODEYSO.......... 291
moexipril...........144
molindone..........245
mometasone 71, 121
montelukast.......121
morphine.......... 219
morphine concentrate........218
MOUNJARO....... 351
MOVANTIK.........106
moxifloxacin.51, 174
moxifloxacin-sod.chloride(iso).174
MRESVIA (PF).....316
MULTAQ........... 153
mupirocin............63
mycophenolate mofetil.............. 292
mycophenolate sodium.............. 292
nabumetone...... 215
nadolol..............144
nafcillin............. 169
naftifine............... 65
naloxone........... 215
naltrexone.........215
NAMZARIC......... 208
naproxen...........215
naproxen sodium..........................215
naratriptan........ 210
NATACYN............. 51
nateglinide.........351
NAYZILAM..........261
nebivolol........... 144
necon 0.5/35 (28) 84

nefazodone........245
neomycin...........193
neomycin-bacitracin-poly-hc.......................45
neomycin-bacitracin-polymyxin............51
neomycin-polymyxin b-dexameth............45
neomycin-polymyxin-gramicidin...........52
neomycin-polymyxin-hc
............46, 161, 162
NERLYNX...........292
neuac..................58
NEUPRO............222
nevirapine..........181
NEXLETOL..........158
NEXPLANON.........92
niacin................158
nicardipine.........144
NICOTROL NS.......37
nifedipine..........145
nikki (28)............85
nilotinib hcl........293
nilutamide..........293
nimodipine.........145
NINLARO...........293
nintedanib..........121
nitazoxanide......193
nitisinone............41
nitro-bid............154
nitrofurantoin macrocrystal
..................200, 201
nitrofurantoin monohyd/m-cryst..................201
nitroglycerin
...........106, 154, 155
NIVESTYM..........308
nora-be...............97
norelgestromin-ethin.estradiol......92
norethindrone (contraceptive).....97
norethindrone acetate................97
norethindrone ac-eth estradiol
.....................85, 98
norethindrone-e.estradiol-iron....85
norgestimate-ethinyl estradiol...85
nortrel 0.5/35 (28)......................85
nortrel 1/35 (21)..86
nortrel 1/35 (28)..86
nortrel 7/7/7 (28).86
nortriptyline.......245
NORVIR.............181
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN...351
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100..352
NOVOLIN N FLEXPEN............352
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN...352
NOVOLIN R FLEXPEN............352
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.............353

NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN...............353
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100....................353
NUBEQA.............293
NUCALA......121, 122
NUEDEXTA......... 208
NUPLAZID.......... 245
NURTEC ODT......210
nyamyc.................65
nylia 1/35 (28)..... 86
nylia 7/7/7 (28)....86
nystatin........66, 199
nystop................. 66
octreotide acetate..............293
ODEFSEY........... 181
ODOMZO........... 294
OFEV................. 122
ofloxacin...... 52, 159
OGSIVEO........... 294
OJEMDA..... 294, 295
OJJAARA.............295
olanzapine......... 246
olmesartan.........145
olmesartan-amlodipin-hcthiazid........... 145
olmesartan-hydrochlorothiazide......................146
olopatadine........160
omeprazole........100
OMNITROPE.......309
ondansetron.......107
ondansetron hcl. 106
ONUREG.............295
OPIPZA............... 246
ORGOVYX...........295
orquidea...............98
ORSERDU........... 295
oseltamivir. 181, 182
OSENVELT.......... 270
OTEZLA...............340
OTEZLA STARTER340
OTEZLA XR......... 341
OTEZLA XR INITIATION.........341
oxacillin.............170
oxaprozin........... 216
oxcarbazepine....261
oxybutynin chloride............. 331
oxycodone.........219
oxycodone-acetaminophen..220
OZEMPIC.... 353, 354
pacerone............153
paliperidone.......247
PANRETIN........... 74
pantoprazole......100
paricalcitol......... 361
paroxetine hcl.... 247
PAXLOVID...........182
pazopanib.......... 295
PEDIARIX (PF).....317
PEDVAX HIB (PF) 317
peg 3350-electrolytes........ 107
PEGASYS............309
peg-electrolyte soln.................... 107
PEMAZYRE......... 296
PEN NEEDLE, DIABETIC............. 44
PENBRAYA (PF).. 317
penicillamine......341
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE......170
penicillin g potassium.......... 170

penicillin g sodium............... 170
penicillin v potassium.......... 171
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)... 317
PENTACEL (PF)... 317
pentamidine.......193
pentoxifylline..... 132
perampanel 261, 262
perindopril erbumine...........146
periogard.......... 161
permethrin..........64
perphenazine..... 247
phenelzine.........248
phenobarbital.... 262
phenytoin..........262
phenytoin sodium extended 262
PIFELTRO...........182
pilocarpine hcl 41, 55
pimecrolimus...... 74
pimozide........... 248
pimtrea (28).........86
pindolol.............146
pioglitazone...... 354
pioglitazone-glimepiride.........354
pioglitazone-metformin.........354
piperacillin-tazobactam........171
PIQRAY...............296
pirfenidone.........122
piroxicam.......... 216
pitavastatin calcium...............158
PLENAMINE........324
PLENVU.............107
podofilox.............74
polymyxin b sulf-trimethoprim...... 52
pomalidomide....296
POMALYST......... 296
portia 28............. 86
posaconazole..... 199
potassium chlorid-d5-0.45%nacl......... 328
potassium chloride...... 328, 329
potassium chloride in 0.9%nacl........... 328
potassium chloride-0.45 % nacl.................... 329
potassium citrate 333
PRALUENT PEN.. 158
pramipexole.......222
prasugrel hcl...... 132
pravastatin........ 159
praziquantel.......193
prazosin............. 146
prednisolone...... 364
prednisolone acetate.................54
prednisolone sodium phosphate.... 54, 365
prednisone......... 365
prednisone intensol............. 365
pregabalin.........263
PREMARIN........... 98
premasol 10 %... 324
prenatal vitamin plus low iron...... 325
PREVYMIS.......... 182
PREZCOBIX.........183
PREZISTA...........183

PRIFTIN............. 193
PRIMAQUINE..... 194
PRIMIDONE........263
primidone...........263
PRIORIX (PF).......318
probenecid.........336
probenecid-colchicine........... 336
prochlorperazine 107
prochlorperazine maleate..............107
procto-med hc....108
proctosol hc....... 108
proctozone-hc.... 108
progesterone micronized........... 98
PROGRAF........... 296
PROLASTIN-C....... 41
PROLENSA............53
promethazine.....128
propafenone...... 153
propranolol 146, 147
propylthiouracil..358
PROQUAD (PF)...318
protriptyline.......248
PULMOZYME......122
pyrazinamide..... 194
pyridostigmine bromide..............268
pyrimethamine.. 194
QINLOCK........... 297
QUADRACEL (PF) 318, 319
quetiapine..........248
QUETIAPINE....... 248
quinapril.............147
quinapril-hydrochlorothiazide.......................147
quinidine sulfate 153
quinine sulfate... 194
RABAVERT (PF)...319
rabeprazole........100
RALDESY.............248
raloxifene...........334
ramipril............. 147
ranolazine.......... 151
rasagiline........... 222
reclipsen (28)....... 86
RECOMBIVAX HB (PF).....................319
repaglinide. 354, 355
RETACRIT........... 310
RETEVMO...........297
REVCOVI..............41
REVUFORJ.......... 297
REXULTI..............249
REYATAZ.............183
REZDIFFRA........... 42
REZLIDHIA.......... 297
RHOPRESSA..........47
ribavirin..............183
rifabutin............. 194
rifampin............. 194
rilpivirine hcl...... 183
riluzole................. 42
rimantadine....... 184
RINVOQ......341, 342
RINVOQ LQ........ 341
risedronate 42, 334, 335
risperidone. 249, 250
risperidone microspheres......249
ritonavir............. 184
rivaroxaban........132
rivastigmine....... 209
rivastigmine tartrate............. 208
rivelsa...................87
rizatriptan.. 210, 211
ROCKLATAN......... 47
roflumilast......... 122

10/15/2026

ROMVIMZA........297
ropinirole....222, 223
rosuvastatin.......159
rosyrah.................87
ROTARIX.............320
ROTATEQ VACCINE.............320
roweepra........... 263
ROZLYTREK.........298
RUBRACA........... 298
rufinamide. 263, 264
RUKOBIA............ 184
RYDAPT.............. 298
sacubitril-valsartan............152
SANTYL.................75
sapropterin........ 362
saxagliptin......... 355
saxagliptin-metformin..........355
SCEMBLIX...........298
scopolamine base.................. 108
SECUADO........... 250
selegiline hcl...... 223
selenium sulfide... 61
SELZENTRY......... 184
SEREVENT DISKUS............... 123
sertraline............250
setlakin................ 87
sevelamer carbonate.............42
sharobel...............98
SHINGRIX (PF).... 320
SIGNIFOR........... 299
sildenafil.............333
sildenafil (pulm.hypertension)......................123
silver sulfadiazine.75
simvastatin........ 159
sirolimus.............299
SIRTURO.............194
sitagliptin phos-metformin..355, 356
SKYRIZI. 61, 108, 109
sodium chloride... 42
sodium chloride 0.45 %............... 329
sodium chloride 0.9 %................... 42
sodium chloride 3 % hypertonic...... 329
sodium chloride 5 % hypertonic...... 330
sodium oxybate. 250
sodium phenylbutyrate.... 42
sodium polystyrene sulfonate.............43
sodium,potassium,mag sulfates.. 109
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR..... 184
solifenacin..........331
SOLIQUA 100/33 356
SOLTAMOX........ 299
SOMAVERT.........362
sorafenib............299
sotalol................ 154
sotalol af............ 153
SPIRIVA RESPIMAT.......... 123
spironolactone... 147
spironolacton-hydrochlorothiaz 147
sprintec (28).........87
sps (with sorbitol) 43
ssd.........................75
STEQEYMA..... 61, 62

STIVARGA..........299
STOBOCLO......... 335
STREPTOMYCIN. 195
STRIBILD............184
SUBVENITE.........264
sucralfate...100, 101
sulfacetamide sodium................ 55
sulfacetamide sodium (acne)...... 64
sulfacetamide-prednisolone........ 55
sulfadiazine........203
sulfamethoxazole-trimethoprim.... 203
sulfasalazine...... 109
sulindac.............216
sumatriptan....... 211
sumatriptan succinate...........211
sunitinib malate.299
SUNLENCA......... 185
syeda...................87
SYMPAZAN.........264
SYMTUZA........... 185
SYNJARDY...........356
SYNJARDY XR..... 356
SYNTHROID.......359
TABLOID............300
TABRECTA.........300
tacrolimus.... 75, 300
tadalafil............ 333
tadalafil (pulm. hypertension).....123
TAFINLAR........... 300
TAGRISSO...........300
TALZENNA.........300
tamoxifen...........301
tamsulosin......... 330
tarina 24 fe.......... 87
tarina fe 1-20 eq (28).......................88
TARPEYO...........366
tazarotene........... 58
tazicef............... 166
telmisartan........ 148
telmisartan-amlodipine........148
telmisartan-hydrochlorothiazid.......................148
temazepam........251
TENIVAC (PF)......321
tenofovir disoproxil fumarate...........185
TEPMETKO........ 301
terazosin........... 148
terbinafine hcl....199
terbutaline......... 123
terconazole.......... 92
teriflunomide..... 209
teriparatide........335
testosterone.................. 362, 363
testosterone cypionate........... 362
testosterone enanthate.......... 362
tetrabenazine.....209
tetracycline........ 173
THALOMID......... 301
THEO-24............124
theophylline....... 124
thioridazine........251
thiothixene........251
tiadylt er........... 149
tiagabine...........264
TIBSOVO............301
ticagrelor........... 132
TICOVAC............321
tigecycline..........195
tilia fe..................88

10/15/2026

timolol maleate 49, 149
tinidazole 195
TIVICAY 185
TIVICAY PD 185
tizanidine 268
TOBRADEX 46
tobramycin 52
tobramycin in 0.225 % nacl 195
tobramycin sulfate 195
tobramycin-dexamethasone ... 46
tofacitinib 342
tolterodine 332
tolvaptan 363
tolvaptan (polycys kidney dis) 363
topiramate 264
toremifene 301
torsemide 149
TRADJENTA 357
tramadol 216
tramadol-acetaminophen ..216
trandolapril 149
tranexamic acid ... 93
tranylcypromine .251
travasol 10 % 325
travoprost 48
trazodone 251
TRELEGY ELLIPTA124
TREMFYA 62
TREMFYA ONE-PRESS 62
TREMFYA PEN 62
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 62
tretinoin 59
tretinoin (antineoplastic) ..301
tretinoin microspheres 59
triamcinolone acetonide 71, 72, 161
triamterene-hydrochlorothiazid 149
tridacaine ii 75
triderm 72
trientine 43
tri-estarylla 88
trifluoperazine ... 251
trifluridine 48
trihexyphenidyl .. 223
TRIJARDY XR 357
TRIKAFTA 125
tri-legest fe 88
trilitas 59
tri-lo-estarylla 88
tri-lo-sprintec 88
trimethoprim 201
tri-mili 89
trimipramine 251
TRINTELLIX 252
tri-sprintec (28) 89
TRIUMEQ 185
TRIUMEQ PD 186
tri-vylibra 89
tri-vylibra lo 89
TROPHAMINE 10 % 325
trospium 332
TRULICITY 357
TRUMENBA 321
TRUQAP 301
TUKYSA 302
TURALIO 302
turqoz (28) 89
TWINRIX (PF) 322

TYENNE............. 342
TYENNE AUTOINJECTOR.. 342
TYPHIM VI.......... 322
unithroid........... 360
ursodiol............. 109
USTEKINUMAB-TTWE.....................63
valacyclovir........ 186
VALCHLOR............75
valganciclovir..... 186
valproic acid.......265
valproic acid (as sodium salt)....... 265
valsartan........... 150
valsartan-hydrochlorothiazide...................... 150
VALTOCO.......... 265
valtya.................. 89
vancomycin 195, 196
VANFLYTA.......... 302
VAQTA (PF)........ 322
vardenafil..........333
varenicline tartrate............... 37
VARIVAX (PF)..... 323
VAXCHORA VACCINE............323
velivet triphasic regimen (28)....... 89
VELSIPITY.......... 110
VENCLEXTA 302, 303
VENCLEXTA STARTING PACK. 303
venlafaxine........ 252
verapamil...150, 151
VERQUVO.......... 152
VERSACLOZ........ 252
VERZENIO...........303
vestura (28)..........90
vienva...................90
vigabatrin.......... 265
vigadrone..........266
vilazodone.........252
VIMKUNYA (PF)..323
viorele (28)..........90
VIRACEPT........... 186
VIREAD.......186, 187
vitamin d2.........326
VITRAKVI...........303
VIVOTIF.............323
VIZIMPRO...........304
VONJO................304
VOQUEZNA DUAL PAK.....................101
VOQUEZNA TRIPLE PAK.........101
VORANIGO.........304
voriconazole.......200
VOSEVI............... 187
VOWST...............110
VRAYLAR............ 252
vyfemla (28).........90
vylibra.................. 90
VYZULTA.............. 48
warfarin............. 132
WEGOVY........ 43, 44
WELIREG............ 304
WINREVAIR........ 125
wymzya fe...........90
XALKORI............. 304
xarah fe................90
XARELTO............ 133
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START................133
XATMEP............. 304
XCOPRI...............266
XCOPRI MAINTENANCE PACK................. 266

XCOPRI
TITRATION PACK 267
XDEMVY...............55
xelria fe................91
XERMELO........... 305
XIFAXAN.............196
XIGDUO XR.........358
XOFLUZA............ 187
XOLAIR....... 125, 126
XOSPATA............305
XPOVIO.............. 305
XTANDI.......305, 306
xulane.................. 93
YF-VAX (PF)........ 324
yulithira.............306
yuvafem...............98
zafemy................ 93
zafirlukast.......... 126
ZEJULA............... 306
ZELBORAF.......... 306
zenatane..............59
ZENBEXUS..........306
ZENPEP..............110
zidovudine..........187
ziprasidone hcl...253
ziprasidone
mesylate............ 253
ZIRGAN................49
ZOLINZA............. 306
*zolmitriptan*211, 212
zolpidem............ 253
ZONISADE.......... 267
zonisamide.........267
zovia 1-35 (28)..... 91
ZTALMY..............267
ZURZUVAE......... 253
ZYKADIA.............306
ZYMFENTRA.......111

wellcare By health net

06

បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 10/15/2026។

សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗ ឬសំណួរផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងមកយើង តាមលេខ **1-800-431-9007** សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY, **711** រវាង ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និង ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពី ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ឬចូលមើល **go.wellcare.com/HealthNetCA**។

10/15/2026

MedicareRx
Prescription Drug Coverage