

2025

wellcare

# ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါး စာရင်း

(အကျုံးဝင်သော ဆေးဝါးစာရင်း  
သို့မဟုတ် "ဆေးဝါးစာရင်း")

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP),  
Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP), Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP),  
Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP), Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP),  
Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP), Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP),  
Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP), Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP),  
Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP), Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)

02

## ဖတ်ပေးပါ- ဤအစီအစဉ်တွင် ကျွန်ုပ်တို့ကျွန်ုပ်တို့အဖွဲ့ ဆေးဝါးများအကြောင်း အချက်အလက်များသည် ဤစာစောင်တွင် ပါရှိသည်

HPMS ကအတည်ပြုထားသော ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း ဖိုင် တင်သွင်းချက် ID 25040

ဤဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို 11/07/2024 တွင် ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ခဲ့သည်။ နောက်ဆုံးထွက်  
အချက်အလက်များကို သိရှိလိုလျှင်ဖြစ်စေ၊ အခြားမေးစရာများ ရှိလျှင်ဖြစ်စေ ဤဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါး  
စာရင်း၏ အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့်နောက် မျက်နှာဖုံးများတွင် ဖော်ပြထားသည့် သင့်အစီအစဉ်အတွက်  
ဖုန်းနံပါတ် သို့မဟုတ် ဝက်ဘ်ဆိုက်မှတစ်ဆင့် Wellcare အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနကို ဆက်သွယ်ပါ။  
အောက်တိုဘာ 1 ရက်နှင့် မတ်လ 31 ရက်အကြားတွင် ကိုယ်စားလှယ်များအား တစ်ပတ်လျှင် ခုနစ်ရက်၊  
နံနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီအတွင်း ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ ဧပြီလ 1 ရက်နှင့် စက်တင်ဘာလ 30 ရက်အကြားတွင်  
ကိုယ်စားလှယ်များအား တနင်္လာမှ သောကြာ၊ နံနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီအတွင်း ဆက်သွယ်နိုင်သည်။

## Arizona

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellAZ](https://www.wellcare.com/allwellAZ)**

## Arkansas

Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellAR](https://www.wellcare.com/allwellAR)**

## Connecticut

HMO-POS D-SNP

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

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

## Florida

HMO D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Georgia

HMO-POS D-SNP

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

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

## Hawaii

HMO-POS D-SNP

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

**[wellcare.com/ohana](https://www.wellcare.com/ohana)**

## Iowa

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Kentucky

HMO-POS D-SNP, PPO D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Louisiana

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Maine

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Mississippi

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Nevada

HMO-POS D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellNV](https://www.wellcare.com/allwellNV)**

## **New York**

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP),  
Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)

**1-800-247-1447 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/fidelisNY](https://www.wellcare.com/fidelisNY)**

## **Oregon**

HMO-POS D-SNP

**1-844-867-1156 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/trilliumOR](https://www.wellcare.com/trilliumOR)**

## **Pennsylvania**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellPA](https://www.wellcare.com/allwellPA)**

## **South Carolina**

HMO-POS D-SNP, PPO D-SNP

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

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

## **Tennessee**

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## **Texas**

HMO D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## **Washington**

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## **Wisconsin**

HMO-POS D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellWI](https://www.wellcare.com/allwellWI)**

**လက်ရှိအဖွဲ့ဝင်များအတွက် မှတ်ချက်-** ဤဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို ယခင်နှစ်ကတည်းက ပြောင်းလဲခဲ့သည်။ ၎င်းတွင် သင်သောက်သုံးသည့် ဆေးဝါးများ ပါဝင်နေသေးကြောင်း သေချာစေရန် ဤစာရွက်စာတမ်းကို ဖတ်ရှုသုံးသပ်ပါ။

ဤဆေးဝါးစာရင်း (ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း) တွင် “ကျွန်ုပ်တို့”၊ “ကျွန်ုပ်တို့ကို” သို့မဟုတ် “ကျွန်ုပ်တို့၏” ဟု ရည်ညွှန်းသည့်အခါ ၎င်းသည် Wellcare ကို ဆိုလိုသည်။ “အစီအစဉ်” သို့မဟုတ် “ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်” ဟု ရည်ညွှန်းသည့်အခါ ၎င်းသည် Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare ‘Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) ကို ဆိုလိုသည်။

ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် 11/07/2024 အထိ နောက်ဆုံးထွက်ရှိထားသည့် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်အတွက် ဆေးဝါးစာရင်း (ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း) တစ်ခု ပါဝင်သည်။ ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ထားသော ဆေးဝါးစာရင်း (ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း) ကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။ ဆေးဝါးစာရင်း (ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း) ကို ကျွန်ုပ်တို့နောက်ဆုံးပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ခဲ့သည့်ရက်စွဲနှင့်အတူ ကျွန်ုပ်တို့၏ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်ကို အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့် နောက် မျက်နှာဖုံးစာမျက်နှာများပေါ်တွင် ပြထားသည်။

ယေဘုယျအားဖြင့် သင်သည် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါး အကျိုးခံစားခွင့်ကို သုံးရန် ကွန်ရက်တွင်းဆေးဆိုင်များကို အသုံးပြုရမည်။ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း၊ ဆေးဆိုင်ကွန်ရက်နှင့်/သို့မဟုတ် စရိတ် မျှခံငွေ/စရိတ်မျှခံရာခိုင်နှုန်းသည် 2025 ခုနှစ်၊ ဇန်နဝါရီလ 1 ရက်တွင်နှင့် တစ်နှစ်အတွင်း အခါအားလျော်စွာ ပြောင်းလဲနိုင်သည်။

**Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) ၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းဆိုသည်မှာ အဘယ်နည်း။**

ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် ကျွန်ုပ်တို့သည် ဆေးဝါးစာရင်းနှင့် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းဟူသော အသုံးအနှုန်းများအား အဓိပ္ပာယ်တစ်ခုတည်းကို ဆိုလိုရန် အသုံးပြုထားသည်။ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူအဖွဲ့တစ်ဖွဲ့နှင့် တိုင်ပင်ဆွေးနွေး၍ ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်က ရွေးချယ်ထားသည့် အကျုံးဝင်သော ဆေးဝါးစာရင်းများစာရင်းဖြစ်ပြီး အရည်အသွေးပြည့်မီသော ကုသမှုပရိုဂရမ်တစ်ခု၏ လိုအပ်သောအစိတ်အပိုင်းဖြစ်မည်ဟု ယုံကြည်ရသော ဆရာဝန်ညွှန်း ကုထုံးများကို ကိုယ်စားပြုသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်သည် ယေဘုယျအားဖြင့် ဆေးဝါးကို ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သရွေ့ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးကို အစီအစဉ်ကွန်ရက်တွင်းရှိ ဆေးဆိုင်တစ်ဆိုင်တွင် ဖြည့်သရွေ့နှင့် အခြားအစီအစဉ်စည်းကမ်းချက်များကို လိုက်နာသရွေ့ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ဖော်ပြထားသည့် ဆေးဝါးများကို ကုန်ကျခံပေးမည်ဖြစ်သည်။ သင်၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးများကို မည်သို့ဖြည့်ရမည်နှင့်ပတ်သက်၍ ပိုမိုသိရှိလိုပါက သင်၏ အာမခံထားမှု အထောက်အထားကို ဖတ်ရှုသုံးသပ်ပါ။

**ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းသည် ပြောင်းလဲနိုင်ပါသလား။**

ဆေးဝါး အာမခံအကျုံးဝင်မှုတွင် ပြောင်းလဲမှုအများစုသည် ဇန်နဝါရီ 1 ရက်တွင် ဖြစ်ပွားသော်လည်း ကျွန်ုပ်တို့သည် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းရှိ ဆေးဝါးများကို တစ်နှစ်တာကာလအတွင်း ထည့်သွင်းခြင်း သို့မဟုတ် ဖယ်ရှားခြင်းပြုနိုင်သည်။ ၎င်းတို့ကို မတူညီသော စရိတ်မျှခံမှု အဆင့်များသို့ ပြောင်းနိုင်သည် သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ချက်အသစ်များ ထည့်နိုင်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤပြောင်းလဲမှုများကို ပြုလုပ်ရာတွင် Medicare စည်းမျဉ်းများကို လိုက်နာရမည်။ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း၏ ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ချက်များကို အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့် နောက်မျက်နှာဖုံး စာမျက်နှာများတွင် ပြထားသည့် ကျွန်ုပ်တို့၏ဝက်ဘ်ဆိုက်တွင် လစဉ် တင်ပေးထားသည်။

**ယခုနှစ်တွင် သင့်အပေါ်သက်ရောက်နိုင်သည့် ပြောင်းလဲမှုများ-** အောက်ပါကိစ္စရပ်များတွင် တစ်နှစ်တာကာလ အတွင်း အာမခံအကျိုးဝင်မှု အပြောင်းအလဲများသည် သင့်အပေါ်သက်ရောက်ပါမည်-

- **အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးနှင့် မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်များ၏ ဗားရှင်းအသစ်အချို့ကို ချက်ချင်း အစားထိုးမှုများ။** ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းမှ ဆေးဝါးတစ်ခုကို တူညီသော ကန့်သတ်ချက်များရှိသည့် သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ချက်များပိုနည်းသည့် ထိုဆေးဝါး၏ ပုံစံအသစ်တစ်ခုနှင့် အစားထိုးမည်ဆိုပါက ၎င်းကို စာရင်းမှ ချက်ချင်းဖယ်ရှားနိုင်ပါသည်။ ဆေးဝါးတစ်ခု၏ ပုံစံအသစ်တစ်ခုကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ထည့်သွင်းသည့်အခါ ကျွန်ုပ်တို့သည် အမှတ်တံဆိပ် အမည်ပါ ဆေးဝါး သို့မဟုတ် မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်ကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ဆက်ထားရန် ဆုံးဖြတ်နိုင်သော်လည်း ကန့်သတ်ချက်အသစ်များကို ချက်ချင်းထည့်သွင်းပါသည်။

အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးတစ်ခုအတွက် အမှတ်တံဆိပ်အမည်မပါသော ပုံစံအသစ်တစ်ခုကို ထည့်သွင်းမှသာ သို့မဟုတ် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ရှိပြီးသား မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်တစ်ခု၏ အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးပုံစံအသစ်များကို ထည့်သွင်းမှသာ (ဥပမာအားဖြင့်၊ ဆေးစာအသစ် မလိုဘဲ ဆေးဆိုင်တစ်ဆိုင်က မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်တစ်ခုအတွက် အစားထိုးနိုင်သည့် လဲလှယ်သုံးစွဲနိုင်သော အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးကို ထည့်သွင်းခြင်း) ဤသို့ ချက်ချင်းပြောင်းလဲမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လုပ်နိုင်ပါသည်။

သင်သည် လက်ရှိတွင် အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါး သို့မဟုတ် မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်ကို သောက် သုံးနေပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် ချက်ချင်းပြောင်းလဲမှု မပြုလုပ်မီ သင့်ကို ကြိုတင်၍ အသိပေးကောင်း ပေးမည်မဟုတ်သော်လည်း ကျွန်ုပ်တို့ပြုလုပ်ခဲ့သည့် သီးခြားပြောင်းလဲမှု(များ)နှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို နောက်ပိုင်းတွင် သင့်အား ပေးအပ်ပါမည်။

ထိုကဲ့သို့ပြောင်းလဲမှုတစ်ခုကို ကျွန်ုပ်တို့လုပ်သည့်အခါ သင် သို့မဟုတ် သင့်အားဆေးညွှန်းသူသည် ပြောင်းလဲမည့် ဆေးဝါးကို သင့်အတွက် ခြွင်းချက်ထားပေးပြီး ဆက်လက်ကျခံပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ပိုမိုသိရှိရန် “Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare ‘Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) ၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် မည်သို့တောင်းဆိုရမည်နည်း။” ဟု ခေါင်းစဉ်တပ်ထားသော အောက်ပါအပိုင်းကို ကြည့်ပါ။

ဤဆေးဝါးအမျိုးအစားများမှ အချို့သည် သင့်အတွက် အသစ်ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ပိုမိုသိရှိရန် အောက်ရှိ “မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်များမှာ အဘယ်နည်း။ ၎င်းတို့က အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးများနှင့် မည်သို့ သက်ဆိုင်သနည်း” ဟု ခေါင်းစဉ်တပ်ထားသော ကဏ္ဍကို ကြည့်ပါ။

- **ဈေးကွက်မှ ဖယ်ရှားထားသော ဆေးဝါးများ။** ဆေးဝါးတစ်ခုကို ထုတ်လုပ်သည့်ကုမ္ပဏီက ရောင်းချခြင်းမှ ရုပ်သိမ်းလိုက်လျှင်ဖြစ်စေ Food and Drug Administration (FDA) က ဘေးကင်းရေး သို့မဟုတ် ထိရောက်မှုဆိုင်ရာ အကြောင်းရင်းများကြောင့် ရုပ်သိမ်းရန် ဆုံးဖြတ်လျှင်ဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်တို့သည် ထိုဆေးဝါးကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းမှ ချက်ချင်းဖယ်ရှားပြီး နောက်ပိုင်းတွင် ထိုဆေးဝါးကို သောက်သုံးသည့် အဖွဲ့ဝင်များအား အသိပေးနိုင်ပါသည်။
  - **အခြားပြောင်းလဲမှုများ။** ကျွန်ုပ်တို့သည် ဆေးဝါးတစ်ခုကို လက်ရှိသောက်သုံးနေသည့် အဖွဲ့ဝင်များ အပေါ်သက်ရောက်သည့် အခြားပြောင်းလဲမှုများကိုလည်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့်၊ အမှတ်တံဆိပ်အမည်မပါသော အလားတူဆေးဝါးတစ်ခုကို ထည့်သည့်အခါ အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးကို ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းမှ ဖယ်ရှားနိုင်သည် သို့မဟုတ် အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးတစ်ခု ထည့်သည့်အခါ မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်ကို ဖယ်ရှားနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါး သို့မဟုတ် မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်အပေါ်ကန့်သတ်ချက်အသစ်များလည်း ထည့်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် မတူညီသော စရိတ်မျှခံမှု အဆင့်သို့ ပြောင်းနိုင်သည် သို့မဟုတ် နှစ်မျိုးလုံးလုပ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဆေးဝါးကုသမှုဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်အသစ်များပေါ်အခြေခံ၍ ပြောင်းလဲမှုများကို ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့က ဆေးဝါးများကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းမှ ဖယ်ရှားလျှင် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးတစ်ခုတွင် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်၊ အရေအတွက်ပမာဏ ကန့်သတ်ချက်များ နှင့်/ သို့မဟုတ် အာနိသင်တူသည့် ဈေးသက်သာသောဆေးဝါး စမ်းသုံးကြည့်စေခြင်းဆိုင်ရာ ကန့်သတ်ချက်များကို ထည့်လျှင် ပြောင်းလဲမှု စတင်အကျိုးမဝင်မီ အနည်းဆုံးရက် 30 အလိုတွင် ပြောင်းလဲမှု အကြောင်းကို သက်ရောက်မှုရှိသော အဖွဲ့ဝင်များအား အသိပေးရမည်။ အခြားတစ်နည်းအားဖြင့် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးက ဆေးဝါး ပြန်ဖြည့်ပေးရန် တောင်းဆိုသည့်အခါ သူသည် ဆေးဝါး ရက် 30 စာ ထောက်ပံ့မှုနှင့် ပြောင်းလဲမှုအကြောင်း အသိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိနိုင်ပါသည်။
- အခြားပြောင်းလဲမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့လုပ်ဆောင်သည့်အခါ သင် သို့မဟုတ် သင့်အားဆေးညွှန်းသူသည် သင့်အတွက် ခြွင်းချက်ထားပေးပြီး သင်သောက်သုံးနေသည့် ဆေးဝါးကို ဆက်လက်ကျခံပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ပေးအပ်သည့် အသိပေးချက်တွင် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် တောင်းဆိုနည်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များလည်း ပါဝင်ပြီး အောက်ရှိ “Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare ‘Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) ၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် မည်သို့တောင်းဆိုရမည်နည်း။” ဟု ခေါင်းစဉ် တပ်ထားသော အပိုင်းတွင်လည်း အချက်အလက်များကို တွေ့နိုင်ပါသည်။

**ဆေးဝါးကို လောလောဆယ် သောက်သုံးနေပါက သင့်အပေါ်သက်ရောက်မှုမရှိမည့် ပြောင်းလဲမှုများ။**

ယေဘုယျအားဖြင့် သင်သည် နှစ်စတွင် အာမခံအကျုံးဝင်ခဲ့သည့် ကျွန်ုပ်တို့၏ 2025 ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါး စာရင်းရှိ ဆေးဝါးတစ်ခုကို သောက်သုံးနေပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်းမှလွဲ၍ 2025 အာမခံအကျုံးဝင်သောနှစ်အတွင်း ဆေးဝါး၏ အာမခံအကျုံးဝင်မှုကို ရပ်စဲခြင်း သို့မဟုတ် လျှော့ချခြင်း ပြုမည်မဟုတ်ပါ။ ဆိုလိုသည်မှာ ဤဆေးဝါးများကို တူညီသော စရိတ်မျှခံမှုဖြင့် ဆက်လက်ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်ပြီး အာမခံအကျုံးဝင်သောနှစ်၏ လက်ကျန်လများအတွက် ၎င်းတို့ကို သောက်သုံးနေသော အဖွဲ့ဝင်များတွင် ကန့်သတ်ချက်အသစ်များ မရှိပါ။ သင့်အပေါ်သက်ရောက်မှုမရှိသော အပြောင်းအလဲများအကြောင်းကို ယခု နှစ်တွင် တိုက်ရိုက်အသိပေးချက် ရရှိမည်မဟုတ်ပါ။ သို့သော်လည်း လာမည့်နှစ်၏ ဇန်နဝါရီ 1 ရက်နေ့တွင် ထိုသို့သောပြောင်းလဲမှုများသည် သင့်အပေါ်သက်ရောက်မှုမရှိမည်ဖြစ်ပြီး ဆေးဝါးများတွင် ပြောင်းလဲမှုများကို သိရှိရန် အကျိုးခံစားခွင့်နှစ်သစ်အတွက် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို ကြည့်ရှုစစ်ဆေးရန် အရေးကြီးပါသည်။

စာအိတ်ထဲတွင်ထည့်ထားသည့် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းသည် 11/07/2024 အထိ နောက်ဆုံးထွက်ရှိထား ခြင်းဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်တွင် အကျုံးဝင်သည့် ဆေးဝါးများအကြောင်း ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ထားသည့် အချက်အလက်များကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။ အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့် နောက်မျက်နှာဖုံးစာမျက်နှာ များတွင် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက် ပါရှိသည်။

ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို လစဉ် ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက်တွင် တင်ပေးမည် ဖြစ်သည်။ ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ထားသော ပရင့်ထုတ်ထားသည့် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို ရယူရန် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်တွင် အကျုံးဝင်သော ဆေးဝါးများအကြောင်း အချက်အလက်များကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက်သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့် နောက် မျက်နှာဖုံးစာမျက်နှာ များရှိ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များကိုသုံး၍ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။



# ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို ဘယ်လိုအသုံးပြုရမလဲ။

ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းအတွင်း၌ သင့်ဆေးဝါးကို ရှာဖွေရန် နည်းလမ်းနှစ်မျိုးရှိသည်-

## ကျန်းမာရေး အခြေအနေ

ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းသည် စာမျက်နှာ 1 တွင် စတင်သည်။ ဤဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းရှိ ဆေးဝါးများကို ကုသရန်အသုံးပြုသည့် ကျန်းမာရေး အခြေအနေ အမျိုးအစားပေါ်မူတည်၍ အမျိုးအစားများခွဲထားသည်။ ဥပမာအားဖြင့်၊ နှလုံးရောဂါကုသရန် အသုံးပြုသောဆေးဝါးများကို "နှလုံးသွေးကြောဆိုင်ရာ၊ သွေးတိုး / သွေးတွင်းအဆီ" အမျိုးအစားအောက်တွင် ဖော်ပြထားသည်။ သင့်ဆေးအား မည်သည့်အတွက် အသုံးပြုသည်ကို သင်သိပါက စာမျက်နှာ 1 တွင် စတင်သည့် စာရင်း၌ အမျိုးအစားအမည်ကို ရှာဖွေပါ။ ထို့နောက် သင့်ဆေးအတွက် အမျိုးအစား အမည်အောက်တွင် ကြည့်ရှုပါ။

## အကွာစဉ်စာရင်း

မည်သည့် အမျိုးအစားအောက်တွင် ကြည့်ရှုရမည်ကို မသေချာပါက စာမျက်နှာ INDEX-1 တွင် စတင်သည့် အညွှန်းတွင် သင့်ဆေးကို ရှာဖွေသင့်သည်။ အညွှန်း၌ ဤစာရွက်စာတမ်းတွင်ပါရှိသော ဆေးဝါးအားလုံး၏ အကွာစဉ်စာရင်းကို ဖော်ပြထားသည်။ အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးများနှင့် အမှတ်တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါးနှစ်မျိုးလုံးကို အညွှန်းတွင်ဖော်ပြထားသည်။ အညွှန်းတွင် ကြည့်ရှုပြီး သင့်ဆေးကို ရှာဖွေပါ။ သင့်ဆေး၏ ဘေးတွင် အာမခံအကျုံးဝင်မှု အချက်အလက်ကို ရှာဖွေနိုင်သည့် စာမျက်နှာနံပါတ်ကို တွေ့ရပါမည်။ အညွှန်းတွင် ဖော်ပြထားသော စာမျက်နှာသို့လှန်ပြီး စာရင်း၏ ပထမဆုံးကော်လံတွင် သင့်ဆေးအမည်ကိုရှာပါ။

## အမှတ်တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါးဆိုသည်မှာ အဘယ်နည်း။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်တွင် အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးနှင့် အမှတ်တံဆိပ်မပါသောဆေးဝါး နှစ်မျိုးစလုံး အကျုံးဝင်သည်။ အမှတ်တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါးကို အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးကဲ့သို့ အာနိသင်တူသည့် ပါဝင်ပစ္စည်းပါရှိသည်ဟု FDA က အတည်ပြုထားသည်။ ယေဘုယျအားဖြင့် အမှတ်တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါး များသည် ထိရောက်မှုရှိပြီး အများအားဖြင့် အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးများထက် ကုန်ကျစရိတ်သက်သာ သည်။ အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးများစွာအတွက် အမှတ်တံဆိပ်မပါသော အစားထိုးဆေးဝါးများ ရှိပါသည်။ ပြည်နယ်ဥပဒေများ အပေါ်မူတည်၍ ဆေးဆိုင်တွင် အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးအစား အမှတ် တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါးများကို ဆေးစာအသစ် မလိုအပ်ဘဲ အများအားဖြင့် ဝယ်ယူနိုင်သည်။

## မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်များမှာ အဘယ်နည်း။ ၎င်းတို့က အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးများနှင့် မည်သို့သက်ဆိုင်သနည်း။

ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ကျွန်ုပ်တို့က ဆေးဝါးများဟု ရည်ညွှန်းသောအခါ ၎င်းသည် ဆေးဝါး သို့မဟုတ် ဇီဝထုတ်ကုန်ကို ဆိုလိုနိုင်သည်။ ဇီဝထုတ်ကုန်များသည် ပုံမှန်ဆေးဝါးများထက် ပိုမိုရှုပ်ထွေးသော ဆေးဝါးများဖြစ်သည်။ ဇီဝထုတ်ကုန်များသည် သာမန်ဆေးဝါးများထက် ပိုမိုရှုပ်ထွေးသောကြောင့် အမှတ် တံဆိပ်အမည်မပါသည့်ပုံစံဖြင့် ရှိရမည့်အစား ၎င်းတို့တွင် အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးများဟုခေါ်သော အခြားရွေးချယ်စရာများရှိသည်။ ယေဘုယျအားဖြင့် အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးများသည် မူရင်းဇီဝ ထုတ်ကုန်များကဲ့သို့ ထိရောက်မှုရှိပြီး ကုန်ကျစရိတ်သက်သာနိုင်သည်။ မူရင်းဇီဝထုတ်ကုန်အချို့အတွက် အခြား အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါး ရွေးချယ်စရာများရှိသည်။ အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးအချို့သည် လဲလှယ်သုံးစွဲနိုင်သော အကျိုးအာနိသင်တူ ဇီဝဆေးဝါးများဖြစ်ပြီး အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးများ ကို အမှတ်တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါးများနှင့် အစားထိုးနိုင်သကဲ့သို့ ပြည်နယ်ဥပဒေများပေါ်မူတည်၍ မူရင်းဇီဝ ထုတ်ကုန်အတွက် ဆေးစာအသစ် မလိုအပ်ဘဲ ဆေးဆိုင်တွင် ၎င်းတို့ကို အစားထိုးနိုင်သည်။

- ဆေးဝါးအမျိုးအစားများအကြောင်း ဆွေးနွေးချက်ကို သိရှိရန်အတွက် အာမခံထားမှု အထောက်အထား၊ အခန်း 5၊ အပိုင်း 3.1 ကို ကြည့်ရှုပါ။ "ဆေးဝါးစာရင်း" တွင် အပိုင်း D အရ အကျုံးဝင်သော ဆေးဝါးများကို ဖော်ပြထားသည်။

# ကျွန်ုပ်၏ အာမခံအကျုံးဝင်မှုအပေါ်ကန့်သတ်ချက်များ ရှိပါသလား။

အာမခံဖြင့် ကုန်ကျခံပေးသော ဆေးဝါးအချို့တွင် အာမခံတွင်အကျုံးဝင်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ နောက်ထပ် သတ်မှတ်ချက်များ သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ချက်များ ရှိနိုင်သည်။ ဤသတ်မှတ်ချက်များနှင့် ကန့်သတ်ချက်များတွင် ပါဝင်နိုင်သည်မှာ-

- **ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်-** ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်တွင် ဆေးဝါးအချို့အတွက် သင် သို့မဟုတ် သင့်အား ဆေးညွှန်းသူက ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ရယူရန် လိုအပ်သည်။ ဆိုလိုသည်မှာ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးများကို မဖြည့်မီ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်မှ ခွင့်ပြုချက်ရယူရန် လိုအပ်ပါမည်။ သင့်တွင်ခွင့်ပြုချက်မ ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်သည် ဆေးဝါးကို ကုန်ကျခံပေးနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။
- **အရေအတွက်ပမာဏ ကန့်သတ်ချက်များ-** ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်သည် ဆေးဝါးအချို့အတွက် ကျွန်ုပ် တို့၏ အစီအစဉ်က ကုန်ကျခံပေးမည့် ဆေးဝါးပမာဏကို ကန့်သတ်ထားသည်။ ဥပမာအားဖြင့်၊ ကျွန်ုပ် တို့၏ အစီအစဉ်သည် rizatriptan 5mg အတွက် ဆေးစာ တစ်ကြိမ်လျှင် ဆေးပြား 18 ပြားကို ပံ့ပိုး ပေးသည်။ ယင်းသည် ပုံမှန် တစ်လစာ သို့မဟုတ် သုံးလစာဆေးအပြင် ထပ်ဆောင်းပံ့ပိုးပေးခြင်းဖြစ်နိုင် ပါသည်။
- **အာနိသင်တူသည့် ဈေးသက်သာသောဆေးဝါး စမ်းသုံးကြည့်စေခြင်း-** ကိစ္စရပ်အချို့တွင် သင်၏ ကျန်းမာရေး အခြေအနေအတွက် အခြားဆေးဝါးကို ကျွန်ုပ်တို့ မကျခံပေးမီ ထိုအခြေအနေကို ကုသရန် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်က သင့်အား အချို့သောဆေးဝါးများကို ဦးစွာစမ်းသုံးကြည့်စေသည်။ ဥပမာ အားဖြင့်၊ ဆေးဝါး A နှင့် ဆေးဝါး B နှစ်မျိုးလုံးက သင်၏ ကျန်းမာရေး အခြေအနေကို ကုသပေးနိုင်ပါက ဆေးဝါး A ကို သင် ဦးစွာစမ်းသုံးဘဲ ဆေးဝါး B ကို ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်က ကျခံပေးနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ ဆေးဝါး A က သင့်အတွက် အလုပ်မဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်သည် ဆေးဝါး B ကို ကျခံပေးပါမည်။

စာမျက်နှာ 1 တွင် စတင်သည့် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို ကြည့်ခြင်းဖြင့် သင့်ဆေးဝါးတွင် နောက်ထပ် သတ်မှတ်ချက်များ သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ချက်များ ရှိ၊ မရှိ သိရှိနိုင်ပါသည်။ သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ဝက်ဘ်ဆိုက်သို့ သွားပြီး သီးခြားအမခံဖြင့် ကုန်ကျခံပေးသော ဆေးဝါးများအပေါ် သက်ရောက်သည့် ကန့်သတ်ချက်များ အကြောင်း နောက်ထပ်အချက်အလက်များကိုလည်း ရယူနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်နှင့် အာနိသင်တူသည့် ဈေးသက်သာသောဆေးဝါး စမ်းသုံးကြည့်စေခြင်းများကို အွန်လိုင်းတွင် တင်ထားသည်။ သင့်ထံ မိတ္တူတစ်စုံပို့ပေးရန်လည်း ကျွန်ုပ်တို့ကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ နောက်ဆုံးပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ခဲ့သည့်ရက်စွဲနှင့်အတူ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်များကို အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့် နောက် မျက်နှာဖုံးစာမျက်နှာများပေါ်တွင် ပြထားသည်။

သင်သည် ဤကန့်သတ်ချက်များတွင် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် သို့မဟုတ် သင်၏ကျန်းမာရေး အခြေအနေကို ကုသနိုင်သည့် အခြားအလားတူဆေးဝါးများစာရင်းကိုပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်အား တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ခြွင်းချက်ထားပေးရန် တောင်းဆိုပုံနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များအတွက် စာမျက်နှာ X ရှိ “Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare ‘Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) ၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် မည်သို့တောင်းဆိုရမည်နည်း။” ဟူသော အပိုင်းကို ကြည့်ပါ။

# ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးသည် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် မပါရှိပါက မည်သို့ လုပ်ရမည်နည်း။

သင်၏ ဆေးသည် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း (အကျုံးဝင်သော ဆေးဝါးစာရင်း) တွင် မပါပါက အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနကို ဦးစွာဆက်သွယ်ပြီး သင့်ဆေးသည် အကျုံးဝင်မှု ရှိ၊ မရှိ မေးသင့်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်က သင့်ဆေးကို ကျခံမပေးကြောင်း သင်သိရှိရပါက သင့်တွင် ရွေးချယ်စရာ နှစ်ခုရှိပါသည်-

- ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်တွင် အကျုံးဝင်သော အလားတူ ဆေးဝါးစာရင်းကို အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနထံတွင် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ဆေးစာရင်းကို ရရှိပါက ၎င်းကို သင့်ဆရာဝန်ထံပြုပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်တွင် အကျုံးဝင်သည့် အလားတူဆေးကို ညွှန်းပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။
- ခြွင်းချက်ထားပေးပြီး သင့်ဆေးကို ကျခံပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်ကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ခြွင်းချက်ထားပေးရန် တောင်းဆိုပုံ အချက်အလက်များအတွက် အောက်တွင်ကြည့်ပါ။

**Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Liberty Open (PPO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO D-SNP)၊ Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)၊ Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)၊ Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) ၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် မည်သို့ တောင်းဆိုရမည်နည်း။**

ကျွန်ုပ်တို့၏ အာမခံအကျုံးဝင်မှု စည်းမျဉ်းများတွင် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်ကို သင် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ သင် ကျွန်ုပ်တို့ကို တောင်းဆိုနိုင်သော ခြွင်းချက်အမျိုးအစားများစွာ ရှိပါသည်။

- ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် မပါသည့်တိုင် ဆေးတစ်မျိုးကို ကျခံပေးပါရန် သင် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ခွင့်ပြုချက်ရရှိပါက ဤဆေးသည် ကြိုတင်သတ်မှတ်ထားသော စရိတ်မျှခံမှု အဆင့်တွင် အကျုံးဝင်မည်ဖြစ်ပြီး ပိုမိုသက်သာသော စရိတ်မျှခံမှုအဆင့်ဖြင့် ဆေးဝါးကို ထောက်ပံ့ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို သင်တောင်းဆိုနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။
- သင့်ဆေးအတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် ယူရခြင်း၊ အာနိသင်တူသည့် ဈေးသက်သာသောဆေးဝါး စမ်းသုံးကြည့်စေခြင်း သို့မဟုတ် အရေအတွက်ကန့်သတ်ချက်များ အပါအဝင် အာမခံအကျုံးဝင်မှု ကန့်သတ်ချက်တစ်ခုကို လျှော့ပေါ့ပေးရန် သင် ကျွန်ုပ်တို့ကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ဥပမာ၊ အချို့သော ဆေးဝါးများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်က ကျခံပေးမည့် ဆေးပမာဏကို ကန့်သတ်ထားသည်။ သင့်ဆေးတွင် ပမာဏကန့်သတ်ချက် ရှိပါက ကန့်သတ်ချက်ကို လျှော့ပေါ့ပေးပြီး ပိုမိုများပြားသော ပမာဏကို ကျခံပေးပါရန် သင်တောင်းဆိုနိုင်သည်။

ယေဘုယျအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်သည် အခြားရွေးချယ်စရာ ဆေးဝါးများက အစီအစဉ်၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ပါရှိမှသာ သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ချက်ထားရှိခြင်းသည် သင့်အတွက် အကျိုးမရှိခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ဆိုးကျိုးသက်ရောက်ခြင်း ဖြစ်စေမှသာ ခြွင်းချက်ထားပေးရန် သင့်တောင်းဆိုချက်ကို သဘောတူပါမည်။

သင် သို့မဟုတ် သင့်အားဆေးညွှန်းသူသည် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်၍ အာမခံအကျုံးဝင်မှု ကန့်သတ်ချက် တစ်ခုအတွက် ခြွင်းချက်အပါအဝင် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းအရ ခြွင်းချက်ထားပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ **သင့်အနေဖြင့် ခြွင်းချက်ထားပေးရန် တောင်းဆိုသောအခါ သင်၏ ဆေးညွှန်းသူသည် သင့် ခြွင်းချက်လိုအပ်ရသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကြောင်းရင်းကို ရှင်းပြရန်လိုပါသည်။** ယေဘုယျအားဖြင့် သင်၏ဆေးညွှန်းသူထံမှ အထောက်အထားပြသော ဖော်ပြချက်ရရှိပြီး 72 နာရီအတွင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ချမှတ်ရပါသည်။ ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် 72 နာရီထိ စောင့်ဆိုင်းရခြင်းသည် သင့်ကျန်းမာရေးကို ပြင်းထန်စွာ ထိခိုက်စေနိုင်သည် ဟု သင်ယုံကြည်ပြီး ထိုအချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူပါက မြန်ဆန်သော (အမြန်) ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူပါက သို့မဟုတ် သင့်အားဆေးညွှန်းသူက အမြန်ဆုံးဖြတ်ချက်ကို တောင်းဆိုပါက သင်၏ ဆေးညွှန်းသူထံမှ အထောက်အထားပြသော ဖော်ပြချက်ရရှိပြီး 24 နာရီအတွင်း ကျွန်ုပ် တို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင့်အားပေးရမည်။

**ကျွန်ုပ်၏ ဆေးသည် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် မပါရှိပါက သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ချက်ရှိ ပါက မည်သို့ လုပ်ရမည်နည်း။**

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်ရှိ အဖွဲ့ဝင်အသစ် သို့မဟုတ် သက်တမ်းတိုး အဖွဲ့ဝင်တစ်ယောက်အနေဖြင့် သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် မပါရှိသော ဆေးဝါးများကို သောက်သုံးရနိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ပါရှိသော်လည်း ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ရယူရန်လိုခြင်း ကဲ့သို့သော အာမခံအကျုံးဝင်မှု ကန့်သတ်ချက်ရှိသော ဆေးကို သောက်သုံးရနိုင်ပါသည်။ သင်သည် ခွင့်ပြုချက် စံနှုန်းများနှင့် ကိုက်ညီကြောင်းပြသရန် အာမခံအကျုံးဝင်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခု တောင်းဆိုခြင်း၊ ကျွန်ုပ်တို့ ကျခံ ပေးသည့် အခြားရွေးချယ်စရာ ဆေးဝါးတစ်ခုသို့ပြောင်းခြင်း သို့မဟုတ် သင် သောက်သုံးမည့် ဆေးဝါးကို ကျွန်ုပ်တို့က ကျခံပေးစေရန်အတွက် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းအရ ခြွင်းချက်ထားပေးရန် တောင်းဆိုခြင်း နှင့် ပတ်သက်၍ ဆေးညွှန်းသူနှင့် ဆွေးနွေးပြောဆိုသင့်ပါသည်။ သင်နှင့် သင့်ဆရာဝန်က သင့်အတွက် မှန်ကန်သော ကုသမှုနည်းလမ်းကို ဆုံးဖြတ်နေစဉ် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်တွင် သင် အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဖြစ်ပြီး ပထမရက် 90 အတွင်း အချို့သောကိစ္စများတွင် သင့်ဆေးဝါးကို ကျွန်ုပ်တို့ ကျခံပေးနိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် မပါရှိသော သို့မဟုတ် အာမခံအကျုံးဝင်မှု ကန့်သတ်ချက်ရှိသော ဆေးဝါးတစ်မျိုးစီအတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် ယာယီရက် 30 စာဆေးကို ကျခံပေးပါမည်။ သင်၏ ဆေးစာတွင် ရေး ပေးထားသည့် ရက်က ပို၍နည်းပါက အများဆုံး ရက် 30 စာအထိ ဆေးများကို ပံ့ပိုးပေးရန် ဆေးပြန် ဖြည့်မှုများကို ခွင့်ပြုပါမည်။ အာမခံအကျုံးဝင်မှုအတွက် ခွင့်ပြုချက်မရရှိပါက သင်သည် အစီအစဉ်တွင် အဖွဲ့ ဝင်ဖြစ်သည်မှာ ရက်ပေါင်း 90 မပြည့်သေးလျှင်ပင် ပထမ ရက် 30 စာ ဆေးထောက်ပံ့ပေးပြီးနောက်ပိုင်း ဤဆေးများအတွက် ကျွန်ုပ်တို့က ကျခံတော့မည် မဟုတ်ပါ။

သင်က ကာလရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာတစ်ခုတွင် နေထိုင်သူဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆရာဝန်ညွှန်းဆေးဝါးစာရင်းတွင် မပါရှိသော ဆေးဝါးကို လိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် သင်၏ ဆေးဝါးများကို ရယူနိုင်ရန် အခက်အခဲရှိပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်တွင် အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်သည့် ပထမ ရက် 90 ကို ကျော်လွန်သွားပါက ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းအရ ခြွင်းချက်ကို ခွင့်ပြုပေးရန် တောင်းဆိုနေစဉ် အဆိုပါ ဆေးအတွက် 31 ရက်စာ အရေးပေါ်ထောက်ပံ့၍ ကျွန်ုပ်တို့က ကျခံပေးပါမည်။

(ကာလရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာမှ ဆင်းခြင်း သို့မဟုတ် ထိုဌာနတွင် တက်ရောက်ခြင်းကဲ့သို့) စောင့်ရှောက်မှုအဆင့် ပြောင်းလဲမှုကို သင်ကြိုတွေ့ရပါက သင့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးဆိုင်က ကျွန်ုပ်တို့၏ စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ ဝန်ဆောင်မှု စင်တာကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပြီး တစ်ကြိမ် ဆေးဝါးထပ်တိုးခွင့်ပြုချက်ကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ဤတစ်ကြိမ် ဆေးဝါးထပ်တိုးခွင့်ပြုချက်သည် ရက်ပေါင်း 30 စာအထိ ရစေမည် (သင်၏ဆေးစာတွင် ရက်ပိုလျှော့၍ ရေးသားထားခြင်းမရှိလျှင်)။

### **ပို၍သိရှိလိုပါက**

သင့်အစီအစဉ်အောက်တွင် အကျုံးဝင်သည့် ဆရာဝန်ညွှန်းဆေးဝါးအာမခံနှင့် ပတ်သက်၍ အသေးစိတ် ပိုမိုသိရှိရန် သင်၏ အာမခံထားမှု အထောက်အထားနှင့် အခြား အစီအစဉ်ဆိုင်ရာစာရွက်စာတမ်းများကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပါ။

ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်နှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးစရာများ ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။ ဆရာဝန်ညွှန်းဆေးဝါးစာရင်းကို ကျွန်ုပ်တို့နောက်ဆုံးပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ခဲ့သည့်ရက်စွဲနှင့်အတူ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များကို အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့် နောက် မျက်နှာဖုံးစာမျက်နှာများပေါ်တွင် ပြထားသည်။

Medicare ဆရာဝန်ညွှန်းဆေးဝါး အာမခံဝန်ဆောင်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး အထွေထွေ မေးစရာများရှိပါက Medicare ဖုန်းနံပါတ် 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) သို့ တစ်ပတ်လျှင် 7 ရက်၊ တစ်ရက်လျှင် 24 နာရီ ပတ်လုံး ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ TTY အသုံးပြုသူများက 1-877-486-2048 ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုသင့်သည်။ သို့မဟုတ် <http://www.medicare.gov> သို့ သွားရောက်ပါ။

# ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်၏ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း

အောက်ဖော်ပြပါ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်အောက်တွင် အကျုံးဝင်သော ဆေးဝါး များနှင့်ပတ်သက်သည့် အာမခံဝန်ဆောင်မှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဖော်ပြထားသည်။ သင့်ဆေးဝါးကို စာရင်း၌ ရှာဖွေရန် အခက်အခဲရှိပါက စာမျက်နှာ INDEX-1 တွင် စတင်ဖော်ပြထားသည့် အညွှန်းသို့ လှန်ပါ။

ဇယား၏ ပထမ ကော်လံတွင် ဆေးဝါး အမည်ကို ဖော်ပြထားသည်။ အမှတ်တံဆိပ်အမည်ပါ ဆေးဝါးများကို စာလုံးအကြီးဖြင့် ရေးသားထားပြီး (ဥပမာ- ELIQUIS) အမှတ်တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါးများကို စာလုံးအသေး စာလုံးစောင်းများဖြင့် ဖော်ပြထားသည် (ဥပမာ- simvastatin)။

အာမခံတွင် သင်၏ဆေးဝါး အကျုံးဝင်စေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်တွင် အထူး သတ်မှတ်ချက်တစ်ခုခု ရှိ၊ မရှိကို သတ်မှတ်ချက်များ/ကန့်သတ်ချက်များ ကော်လံရှိ အချက်အလက်များကိုကြည့်၍ သိနိုင်သည်။

- **NM** ဆိုသည်မှာ လစဉ် စာတိုက်မှပို့သည့်ဝန်ဆောင်မှု အကျိုးခံစားခွင့်တွင် မပါဝင်သည့် ဆေးဝါးကို ဆိုလိုသည်။ ၎င်းကို သင့်ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း၏ သတ်မှတ်ချက်များ/ကန့်သတ်ချက်များ ကော်လံတွင် မှတ်ချက်ပြုထားသည်။ ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းပါ ဆေးဝါးအများစုကို စာတိုက်မှ ပို့ပေးသည့်ဝန်ဆောင်မှုမှတစ်ဆင့် တစ်လစာထက်ပို၍လိုအပ်လျှင် ဈေးလျှော့ပေးထားသည့် စရိတ် မျှခံပမာဏတစ်ခုဖြင့် ရရှိနိုင်သည်။ နောက်ထပ် အချက်အလက်များသိရှိရန် သင်၏ အာမခံထားမှု အထောက်အထား၊ အခန်း 5 ကို ကြည့်ရှုပါ။
- **PA** သည် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ဟူသော စာလုံးအတွက် အတိုကောက်ဖြစ်သည်- အသေးစိတ်သိရှိရန် စာမျက်နှာ VIII ကို ကြည့်ပါ။
- **PA-NS** သည် ဆေးအသစ် စသောကုသမှုများအတွက် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ဟူသော စာလုံးအတွက် အတိုကောက်ဖြစ်သည်- ဆိုလိုသည်မှာ ဤဆေးက သင့်အတွက် အသစ်ဖြစ်ပါက သင့်ဆေးစာကို မဖြည့်မီ ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ ခွင့်ပြုချက် ရယူရန် လိုအပ်မည်။ စာရင်းသွင်းချိန်တွင် ဤဆေးကို သင် သောက်သုံးနေပါက ခွင့်ပြုချက်စံနှုန်းနှင့် ကိုက်ညီရန် မလိုအပ်ပါ။
- **B/D** ဆိုသည်မှာ Medicare B သို့မဟုတ် D အောက်တွင် အကျုံးဝင်သည်ဟူသော စာလုံးအတွက် အတိုကောက်ဖြစ်သည်- Medicare Part B သို့မဟုတ် Part D အရ ဤဆေးအတွက် ထုတ်ပေးငွေ ရရှိ နိုင်သည်။ သင် (သို့မဟုတ် သင့်ဆရာဝန်) သည် ဤဆေးအတွက် ဆေးစာမဖြည့်မီ ဤဆေးသည် Medicare Part D အောက်တွင် အကျုံးဝင်ကြောင်း ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ရယူရန် လိုအပ် သည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ကျွန်ုပ်တို့က ဤဆေးကို အာမခံတွင် ထည့်ပေးနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။
- **QL** သည် အရေအတွက်ပမာဏ ကန့်သတ်ချက်များဟူသော စာလုံးအတွက် အတိုကောက်ဖြစ်သည်- အသေးစိတ်သိရှိရန် စာမျက်နှာ VIII ကို ကြည့်ပါ။



- LA သည် အကန့်အသတ်ဖြင့် ရယူနိုင်သည့် ဆေးဝါးဟူသော စာလုံးအတွက် အတိုကောက် ဖြစ်သည်။ ဤဆေးညွှန်းကို အချို့သော ဆေးဆိုင်များတွင်သာ ရရှိနိုင်သည်။ နောက်ထပ် အချက်အလက်များသိရှိရန် ဆေးဆိုင် လမ်းညွှန်ကို ကြည့်ရှုစစ်ဆေးပါ သို့မဟုတ် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းစာစောင်၏ အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့် အနောက် အဖုံးစာမျက်နှာအတွင်း ဖော်ပြထားသော တယ်လီဖုန်း နံပါတ်တွင် အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ကိုယ်စားလှယ်များကို အောက်တိုဘာလ 1 ရက်နှင့် မတ်လ 31 ရက်ကြားတွင် တစ်ပတ်လျှင် ခုနစ်ရက်၊ နံနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီ အတွင်း ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ ဧပြီလ 1 ရက်နှင့် စက်တင်ဘာလ 30 ရက်ကြားတွင် ကိုယ်စားလှယ်များကို တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့၊ နံနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီအတွင်း ဆက်သွယ်နိုင်သည်။
- ST ဆိုသည်မှာ အာနိသင်တူသည့် ဈေးသက်သာသောဆေးဝါး စမ်းသုံးကြည့်စေခြင်းဖြစ်ပါသည်- အသေးစိတ်သိရှိလိုပါက စာမျက်နှာ VIII ကို ကြည့်ပါ။
- ^ သည် ရက် 30 စာအထိသာ ပေးနိုင်သော ဆေးဝါးကိုဆိုလိုသည်။

## ဆေးဝါးအဆင့်အလိုက် စရိတ်မျှခံငွေ/စရိတ်မျှခံရာခိုင်နှုန်း ပမာဏများ

ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးအားလုံးကို အဆင့်တစ်ခုထဲအောက်တွင် ထည့်ထားသည်။ မိမိ၏ဆေးသည် မည်သည့် အဆင့်အမျိုးအစားတွင် ပါဝင်သည်ကို သိရှိလိုပါက စာမျက်နှာ 1 တွင် စတင်ဖော်ပြထားသည့် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းမှ ဆေးဝါးအဆင့်ဟု ရေးထားသော ကော်လံကိုကြည့်ပါ။ ကျသင့်နိုင်သော အာမခံကနဦးနှုတ်ယူ ငွေများအပါအဝင် ဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးများအတွက် အိတ်စိုက်ငွေများနှင့် ပတ်သက်၍ အသေးစိတ်သိရှိလို ပါက အာမခံထားမှု အထောက်အထားနှင့် အခြား အစီအစဉ် စာရွက်စာတမ်းများကို ကြည့်ပါ။

- **အဆင့် 1 (တစ်မျိုးတည်းရှိသည့် အဆင့်)** တွင် အမှတ်တံဆိပ်မရှိသေးသောဆေးဝါးနှင့် အမှတ်တံဆိပ် ရှိပြီးဆေးဝါးများပါဝင်သည်။

- စရိတ်မျှခံငွေ- \$0

ကျသင့်မည့် စရိတ်မျှခံငွေ/စရိတ်မျှခံရာခိုင်နှုန်းနှင့် ပမာဏကို သိရှိရန် အာမခံထားမှု အထောက်အထား သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များဆိုင်ရာ အနှစ်ချုပ်ကို ကြည့်ရှုစစ်ဆေးပါ။

Table of Contents

ကိယံခံစွမ်းအားစနစ်၊ ကာကွယ်ဆေးများ / ဇီဝနည်းပညာ.....3

ဆီးလမ်းကကြောင်းဆိုင်ရာ ရောဂါကုဆေးများ..... 8

နူလုံးသွေးကကြောဆိုင်ရာရောဂါ၊ သွေးတိုးခြင်း / သွေးတွင်းအဆီဓာတ်များခြင်း..... 9

နား၊ နှာခေါင်း / လည်ချောင်းဆိုင်ရာ ကုသဆေးဝါးများ..... 19

ဗီတာမင်များ၊ သံဓာတ်အားဆေးများ / ဓာတ်ဆားရည်များ..... 20

မျက်စိရောဂါ..... 23

ရောဂါပိုးကာကွယ်ဆေးများ..... 26

ရောဂါရာဇဝင်ဆေးမျှ အထောက်အကူပြုဆေးဝါးများ / အထွေထွေ ဆေးဝါးများ..... 39

သားဖွား / မီးယပ် ..... 41

အစာအိမ်အူလမ်းကကြောင်းရောဂါ..... 50

အထွေထွေ ထောက်ပံ့ရေးပစ္စည်းများ..... 54

အန်တီနိုယိုပလပ်စတစ် / ချခံအားလျှော့ချပေးသော ဆေးဝါးများ..... 55

အန်ဒါရိုင်းဟော်မုန်း/ဆီးချိုသွေးချိုရောဂါ..... 69

အရိုးအဆစ်နှင့် ကြွက်သားနာကျင်မှု / အဆစ်အမစ်ရောင်ရမ်းခြင်း..... 77

အရေပြားရောဂါကုသဆေးများ/လိမ်းဆေး ကုထုံး..... 80

အလိအလျောက်အာရုံကြောစနစ် / CNS ဗဟိုအာရုံကြောစနစ်ဆိုင်ရာ ဆေးဝါးများ၊ အာရုံကြော / စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ.87

အသက်ရှူလမ်းကကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါနှင့် ဓာတ်မတည့်မှု..... 107



ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

ကိုယ်ခံစွမ်းအားစနစ်၊ ကာကွယ်ဆေးများ / ဇီဝနည်းပညာ

ကာကွယ်ဆေးများ / အထွေထွေ ချခံအားဆိုင်ရာဆေးများ

ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (1)	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 (1)	B/D; NM
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	\$0 (1)	NM
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	\$0 (1)	PA; NM; ^
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	\$0 (1)	PA; NM; LA; ^
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	\$0 (1)	PA; NM; ^
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (1)	NM
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 (1)	NM
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (1)	NM
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (1)	NM
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 (1)	NM
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (1)	NM
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (1)	PA: NM: ^
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	\$0 (1)	PA: NM: ^
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	\$0 (1)	NM
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (1)	B/D: NM

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0 (1)	NM
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (1)	PA; NM: ^
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 (1)	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	\$0 (1)	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 (1)	NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D: NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	B/D: NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0 (1)	NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	\$0 (1)	NM
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	\$0 (1)	NM
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).: QL (2 EA per 999 days)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0 (1)	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့်  
လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	B/D: NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1)	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	\$0 (1)	NM
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 (1)	NM
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	\$0 (1)	NM
<b>ဇီဝနည်းပညာသုံး ဆေးဝါးများ</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA: ^
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0 (1)	PA; LA: ^
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA: ^
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (1)	PA; QL (14 EA per 28 days); ^
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	\$0 (1)	PA: ^
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: ^
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (1)	PA: ^
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	\$0 (1)	PA: ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	\$0 (1)	PA: ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (1)	PA: QL (4 ML per 28 days): ^
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0 (1)	PA: QL (2 ML per 28 days): ^
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	\$0 (1)	PA: ^
<b>ဆီးလမ်းကန့်သတ်ဆိုင်ရာ ရောဂါကုဆေးများ</b>		
<b>ဆီးကျိတ်ကျိတ်ခြင်း (BPH) နှင့်ဆိုင်သော ကုဆေးများ</b>		
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	\$0 (1)	
dutasteride oral capsule 0.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	\$0 (1)	
<b>ဆီးအိမ်ကြိတ်သားပဋိဿနာ ကုသဆေး / ကြိတ်သားတင်းမာမှုကို လျော့ချပေးသောဆေး</b>		
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	\$0 (1)	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
trosipium oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
<b>အထွေထွေ ဆီးလမ်းကကြောင်းဆိုင်ရာ ရုဂါကုဆေးများ</b>		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA: LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)	\$0 (1)	
tadalafil oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days)
<b>နူလုံးသွေးကကြောဆိုင်ရာရုဂါ၊ သွေးတိုးခြင်း / သွေးတွင်းအဆိမ့်များခြင်း</b>		
<b>နူလုံးချန်မမှန်ခြင်းကို သက်သာစေသောဆေး</b>		
amiodarone intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)	
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0 (1)	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (1)	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)	
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	\$0 (1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (1)	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0 (1)	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
sorine oral tablet 240 mg, 80 mg	\$0 (1)	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (1)	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆ လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ  
 င်

နုလုံးသွေးကကြောကျဉ်း၍ ရင်ဘတ်အောင့်ခင်းကို သက်သာစေရန်  
 သုံးသောဆေး

isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)
nitro-bid transdermal ointment 2 %	\$0 (1)
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	\$0 (1)
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	\$0 (1)

သွေးခဲရောဂါဆိုင်ရာ ကုထုံး

aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	\$0 (1)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (1)
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
clopidogrel oral tablet 75 mg	\$0 (1)
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA: LA: ^
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA: LA: ^
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1) PA: LA: ^
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	\$0 (1) QL (74 EA per 180 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1) QL (74 EA per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	\$0 (1)
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	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခင်းဖွင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	\$0 (1)	^
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	\$0 (1)	
heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)	\$0 (1)	
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	\$0 (1)	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NAACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	\$0 (1)	
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	\$0 (1)	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	\$0 (1)	
prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (360 EA per 30 days): ^
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (180 EA per 30 days): ^
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (30 EA per 30 days): ^
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (60 EA per 30 days): ^
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	\$0 (1)	QL (51 EA per 180 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	QL (775 ML per 28 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆ လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ  
ငွေ

သွေးတွင်းအဆီဓာတ်/သွေးတွင်းကိလိုလက်စထရော့ဆေးများ

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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram	\$0 (1)	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)	
cholestyramine light oral powder 4 gram	\$0 (1)	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)	
cholestyramine-aspartame oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	\$0 (1)	
colesevelam oral tablet 625 mg	\$0 (1)	
colestipol oral granules 5 gram	\$0 (1)	
colestipol oral packet 5 gram	\$0 (1)	
colestipol oral tablet 1 gram	\$0 (1)	
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	\$0 (1)	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	\$0 (1)	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	\$0 (1)	
fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	\$0 (1)	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0 (1)	
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (1)	PA
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
prevalite oral powder 4 gram	\$0 (1)	
prevalite oral powder in packet 4 gram	\$0 (1)	
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM	\$0 (1)	
<b>သွေးတိုးကျ ကုသမှု:</b>		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
amiloride oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0 (1)	
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (1)	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0 (1)	
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)	
betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (1)	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (1)	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
candesartan oral tablet 32 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	\$0 (1)	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	\$0 (1)	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0 (1)	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (1)	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr	\$0 (1)	
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လီအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	\$0 (1)	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0 (1)	
furosemide injection solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
hydralazine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)	
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0 (1)	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)	
losartan oral tablet 100 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
losartan oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0 (1)	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0 (1)	PA: ^
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
nebivolol oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (1)	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0 (1)	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipin-hcthiazyd 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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (1)	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0 (1)	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	\$0 (1)	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (1)	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	\$0 (1)	PA: ^
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (1)	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0 (1)	
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0 (1)	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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0 (1)	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	\$0 (1)	
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	\$0 (1)	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

**အထွေထွေ နှုတ်ခမ်းကဏ္ဍဆိုင်ရာ ရောဂါကုဆေးများ**

CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1)	QL (450 ML per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	\$0 (1)	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	\$0 (1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (1)	PA

**နား၊ နှာခေါင်း / လည်ချောင်းဆိုင်ရာ ကုသဆေးဝါးများ**

**OTIC စတီးရွိုက် / ပဋိဇီဝဆေး**

ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1)	QL (7.5 ML per 7 days)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	\$0 (1)	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	\$0 (1)	

**အထွေထွေ ဆေးဝါးများ**

azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	\$0 (1)	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	\$0 (1)	QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	\$0 (1)	QL (45 ML per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
kourzeq dental paste 0.1 %	\$0 (1)
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	\$0 (1)
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	\$0 (1)
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	\$0 (1)
<b>အထွေထွေ အသင့်ဖော်စပ်ပြီး နားအစက်ချဆေးရည်များ</b>	
acetic acid otic (ear) solution 2 %	\$0 (1)
flac otic oil otic (ear) drops 0.01 %	\$0 (1)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	\$0 (1)
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	\$0 (1)
<b>ဗီတာမင်များ၊ သံဓာတ်အားဆေးများ / ဓာတ်ဆားရည်များ</b>	
<b>ဓာတ်ဆားရည်များ</b>	
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	\$0 (1)
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	\$0 (1)
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	\$0 (1)
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	\$0 (1)
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	\$0 (1)
klor-con oral packet 20 meq	\$0 (1)
lactated ringers intravenous parenteral solution	\$0 (1)
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	\$0 (1)
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	\$0 (1)
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	\$0 (1)
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml	\$0 (1)
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	\$0 (1)
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	\$0 (1)
potassium chloride oral packet 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	\$0 (1)
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq	\$0 (1)
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	\$0 (1)
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	\$0 (1)
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	\$0 (1)
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	\$0 (1)
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	\$0 (1)
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml, 4 meq/ml	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆ လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ  
နှင့်**

**ဗီတာမင်များ / သံဓာတ်အားဆေးများ**

fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)
fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	\$0 (1)
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	\$0 (1)

**အထွေထွေ အာဟာရဖြည့်ထုတ်ကုန်များ**

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1) B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	\$0 (1)
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0 (1)
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0 (1)
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	\$0 (1)
electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution	\$0 (1)
electrolyte-a intravenous parenteral solution	\$0 (1)
intralipid intravenous emulsion 20 %	\$0 (1) B/D
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	\$0 (1)
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	\$0 (1)	B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)	B/D
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)	B/D
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	\$0 (1)	B/D
<b>မျက်စိရောဂါ</b>		
<b>စတီးရွိုက်နှင့် ပဋိဇီဝဆေး အတွဲအစပ်</b>		
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	\$0 (1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	\$0 (1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	\$0 (1)	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	\$0 (1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (1)	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	\$0 (1)	
<b>စတီးရွိုက်မပါသော ရောင်ရမ်းမှုသက်သာဆေးများ</b>		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %, 0.09 %	\$0 (1)	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	\$0 (1)	
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	\$0 (1)	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	\$0 (1)	
<b>စတီးရွိုက်များ</b>		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	\$0 (1)	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	\$0 (1)	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	\$0 (1)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	\$0 (1)
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
<b>ထောက်ပံ့ နှစ်ကကြာစနစ်ကို လျှို့ဝှက်ပေးသည့်ဆေး</b>	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	\$0 (1)
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %	\$0 (1)
<b>ပဋိဇီဝဆေးများ</b>	
ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	\$0 (1)
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	\$0 (1)
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	\$0 (1)
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	\$0 (1)
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	\$0 (1)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %	\$0 (1)
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	\$0 (1)
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	\$0 (1)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	\$0 (1)
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	\$0 (1)
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	\$0 (1)
<b>ပိုးသတ်ဆေး</b>	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	\$0 (1)
<b>ဘီတာ ဘလော့ကာများ</b>	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	\$0 (1)
<b>မျက်စိရေတိမ်အတွက် သောက်ဆေးများ</b>	
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	\$0 (1)
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (1)
<b>အခြားမျက်စိရေတိမ်ကျသဆေးများ</b>	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	\$0 (1)
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	\$0 (1)
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	\$0 (1)
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	\$0 (1)
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	\$0 (1)
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	\$0 (1)
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	\$0 (1)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	\$0 (1)
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆ လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ  
ငံ**

**အထွေထွေ မျက်စိရောဂါကုသဆေးများ**

atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	\$0 (1)	
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	\$0 (1)	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	\$0 (1)	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	\$0 (1)	PA: LA: ^
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	\$0 (1)	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	\$0 (1)	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	\$0 (1)	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %- 0.23 % (0.25 %)	\$0 (1)	
XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	\$0 (1)	PA: QL (10 ML per 42 days): ^

**ရောဂါပိုးကာကွယ်ဆေးများ**

**ဆာလဖာ / ဆက်စပ်ဆေးဝါးများ**

sulfadiazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400- 80 mg/5 ml	\$0 (1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	\$0 (1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	\$0 (1)	

**ဆီးလမ်းကင်းဆင်းဆိုင်ရာ ကုသဆေးများ**

methenamine hippurate oral tablet 1 gram	\$0 (1)	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	\$0 (1)	
trimethoprim oral tablet 100 mg	\$0 (1)	

**ပဋိဇီဝ ဆေးတစ်မျိုး (CEPHALOSPORINS)**

cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0 (1)
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	\$0 (1)
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml	\$0 (1)
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 gram, 500 mg	\$0 (1)
cefazolin intravenous recon soln 1 gram	\$0 (1)
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0 (1)
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
cefepime in dextrose,iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	\$0 (1)
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefixime oral capsule 400 mg	\$0 (1)
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)
cefoxitin in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	\$0 (1)
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml	\$0 (1)
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)
ceftriaxone in dextrose,iso-os intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	\$0 (1)	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	\$0 (1)	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	\$0 (1)	
tazicef intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	\$0 (1)	^
<b>ပဋိဇီဝ ဆေးတစ်မျိုး (ERYTHROMYCINS) / အခြားမက်ခရိုလ်ဂျက်အုပ်စုဝင်ဆေးဝါးများ</b>		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	
azithromycin oral packet 1 gram	\$0 (1)	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	\$0 (1)	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	\$0 (1)	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	\$0 (1)	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	QL (20 EA per 10 days); ^
ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	\$0 (1)	
erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg	\$0 (1)	
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	\$0 (1)	
erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
erythromycin oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0 (1)
<b>ပဋိဇီဝ ဆေးတစ်မျိုး (PENICILLINS)</b>	
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	\$0 (1)
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	\$0 (1)
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	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	\$0 (1)
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	\$0 (1)
ampicillin oral capsule 500 mg	\$0 (1)
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	\$0 (1)
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram	\$0 (1)
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	\$0 (1)
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)
nafcillin injection recon soln 10 gram	\$0 (1) ^
oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	\$0 (1)
<b>PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML</b>	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	\$0 (1)
penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit	\$0 (1)
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 (1)
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	\$0 (1)
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	\$0 (1)
<b>ပဋိဇီဝ ဆေးတစ်မျိုး (TETRACYCLINES)</b>	
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	\$0 (1)
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0 (1)
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)
<b>ပိုးသတ်ဆေး</b>	
abacavir oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

abacavir oral tablet 300 mg	\$0 (1)	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	\$0 (1)	
acyclovir oral capsule 200 mg	\$0 (1)	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	\$0 (1)	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	\$0 (1)	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)	B/D
adefovir oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0 (1)	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	\$0 (1)	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	^
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (1)	^
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (1)	^
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (1)	^
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (1)	^
darunavir oral tablet 600 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
darunavir oral tablet 800 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (1)	^
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (1)	^
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	^
efavirenz oral tablet 600 mg	\$0 (1)	
efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg	\$0 (1)	^
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	\$0 (1)	^
emtricitabine oral capsule 200 mg	\$0 (1)	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (1)	^
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (1)	^
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
fosamprenavir oral tablet 700 mg	\$0 (1)	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	\$0 (1)	^
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (1)	^
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	^
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	\$0 (1)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (1)	^
lamivudine oral solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	\$0 (1)	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET 90-400 MG	\$0 (1)	PA: QL (28 EA per 28 days); ^
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (120 EA per 30 days); ^
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	\$0 (1)	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	\$0 (1)	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	^
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	\$0 (1)	
nevirapine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	\$0 (1)	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (1)	^
oseltamivir oral capsule 30 mg	\$0 (1)	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (84 EA per 365 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	\$0 (1)	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	\$0 (1)	QL (20 EA per 90 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 90 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	^
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days): ^
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	\$0 (1)	^
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (1)	QL (400 ML per 30 days): ^
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	QL (480 EA per 30 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (120 EA per 365 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0 (1)	^
ribavirin oral capsule 200 mg	\$0 (1)	
ribavirin oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
rimantadine oral tablet 100 mg	\$0 (1)	
ritonavir oral tablet 100 mg	\$0 (1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0 (1)	^
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	^
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (1)	^
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG	\$0 (1)	PA: QL (28 EA per 28 days): ^
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (1)	^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	\$0 (1) ^
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (1)
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	\$0 (1)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1) ^
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (1) ^
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0 (1)
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (1) ^
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	\$0 (1) ^
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	\$0 (1)
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	\$0 (1) ^
valganciclovir oral tablet 450 mg	\$0 (1)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1) ^
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	\$0 (1) ^
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)
zidovudine oral capsule 100 mg	\$0 (1)
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	\$0 (1)
zidovudine oral tablet 300 mg	\$0 (1)
<b>ဘက်တီးရီးယားဆဲလ်သတ်ဆေး</b>	
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml	\$0 (1)	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	\$0 (1)	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	\$0 (1)	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	\$0 (1)	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
moxifloxacin oral tablet 400 mg	\$0 (1)	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	\$0 (1)	
<b>မို့ရဂါကဆေးများ</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (1)	B/D
amphotericin b injection recon soln 50 mg	\$0 (1)	B/D
casprofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	\$0 (1)	
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	\$0 (1)	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0 (1)	PA: ^
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	\$0 (1)	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA: ^
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	\$0 (1)	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (1)	
itraconazole oral capsule 100 mg	\$0 (1)	PA: QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	\$0 (1)	
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

nystatin oral tablet 500,000 unit	\$0 (1)	
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	\$0 (1)	PA; QL (96 EA per 30 days); ^
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	\$0 (1)	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	\$0 (1)	PA: ^
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	\$0 (1)	PA: ^
voriconazole oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA: QL (120 EA per 30 days)
voriconazole oral tablet 50 mg	\$0 (1)	PA: QL (480 EA per 30 days)
<b>အထွေထွေ ရုဂါပိုးကာကွယ်ဆေးများ</b>		
albendazole oral tablet 200 mg	\$0 (1)	^
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	\$0 (1)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	\$0 (1)	PA: LA: ^
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	\$0 (1)	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	\$0 (1)	
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	\$0 (1)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0 (1)	PA: LA: QL (84 ML per 56 days); ^
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (1)	
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml	\$0 (1)	
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	\$0 (1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (1)	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 10 days)
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	\$0 (1)	
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	^
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (1)	^
ertapenem injection recon soln 1 gram	\$0 (1)	QL (14 EA per 14 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0 (1)	
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	\$0 (1)	
gentamicin injection solution 40 mg/ml	\$0 (1)	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	\$0 (1)	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
imipenem–cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	\$0 (1)	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)	
ivermectin oral tablet 3 mg	\$0 (1)	PA: QL (20 EA per 30 days)
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	\$0 (1)	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (1800 ML per 30 days); ^
linezolid oral tablet 600 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
linezolid–0.9% sodium chloride intravenous parenteral solution 600 mg/300 ml	\$0 (1)	
mefloquine oral tablet 250 mg	\$0 (1)	
meropenem intravenous recon soln 1 gram	\$0 (1)	QL (30 EA per 10 days)
meropenem intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	QL (10 EA per 10 days)
metro i.v. intravenous piggyback 500 mg/100 ml	\$0 (1)	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	\$0 (1)	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
neomycin oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	\$0 (1)	QL (12 EA per 30 days); ^
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	\$0 (1)	B/D: QL (1 EA per 28 days)
pentamidine injection recon soln 300 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

praziquantel oral tablet 600 mg	\$0 (1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	\$0 (1)	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	\$0 (1)	PA: ^
quinine sulfate oral capsule 324 mg	\$0 (1)	PA
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (1)	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	\$0 (1)	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA: LA: ^
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	\$0 (1)	^
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	\$0 (1)	PA: QL (280 ML per 28 days); ^
tobramycin sulfate injection recon soln 1.2 gram	\$0 (1)	
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	\$0 (1)	QL (4000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	\$0 (1)	QL (1000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	\$0 (1)	QL (4050 ML per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	\$0 (1)	QL (20 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.25 gram, 1.5 gram	\$0 (1)	
vancomycin intravenous recon soln 10 gram, 5 gram	\$0 (1)	QL (2 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	\$0 (1)	QL (10 EA per 10 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	\$0 (1)	QL (27 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 125 mg	\$0 (1)	QL (40 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	\$0 (1)	QL (80 EA per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days); ^
<b>ရုဂါရုဖွဲ့စေဆေးမျှ အထောက်အကူပုဆွေးဝါးများ / အထွေထွေ ဆေးဝါးများ</b>		
<b>ဆေးလိပ်ဖတ်ဆေးများ</b>		
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	\$0 (1)	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	\$0 (1)	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0 (1)	
varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	\$0 (1)	
varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	\$0 (1)	
<b>အထွေထွေ ဆေးဝါးများ</b>		
acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg	\$0 (1)	
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0 (1)	
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	\$0 (1)	PA: LA: ^
cevimeline oral capsule 30 mg	\$0 (1)	
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	\$0 (1)	B/D
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့်  
လုံအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (1)	PA: ^
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (1)	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	\$0 (1)	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA: ^
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	\$0 (1)	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	\$0 (1)	
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	\$0 (1)	
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	PA: QL (180 EA per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	\$0 (1)	PA: LA: ^
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	\$0 (1)	PA: ^
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA: LA: ^
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	
levocarnitine oral tablet 330 mg	\$0 (1)	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	\$0 (1)	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA: ^
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	\$0 (1)	PA: LA: ^
riluzole oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
risedronate oral tablet 30 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	\$0 (1)	
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	\$0 (1)	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (1)	
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	\$0 (1)	PA: ^
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA: ^
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (1)	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	\$0 (1)	
sps (with sorbitol) rectal enema 30-40 gram/120 ml	\$0 (1)	
trientine oral capsule 250 mg	\$0 (1)	PA: ^
water for irrigation, sterile irrigation solution	\$0 (1)	
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	\$0 (1)	
<b>သားဖွား / မီးယပ်</b>		
<b>သောက်သုံးရသည့် သန့်စေရေးဆေးများ / ဆက်စပ်ဆေးများ</b>		
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	\$0 (1)
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	\$0 (1)
drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4)	\$0 (1)
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0 (1)
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0 (1)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
finzala oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	\$0 (1)
gemmily oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
kaitlib fe oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	\$0 (1)
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	\$0 (1)
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	\$0 (1)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
layolis fe oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	\$0 (1)
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	\$0 (1)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	\$0 (1)
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	\$0 (1)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	\$0 (1)
mibelas 24 fe oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)	\$0 (1)
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	\$0 (1)
microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7), 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg \$0 (1)

norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) \$0 (1)

norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) \$0 (1)

norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg \$0 (1)

nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg \$0 (1)

nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21) \$0 (1)

nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg \$0 (1)

nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg \$0 (1)

nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg \$0 (1)

nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg \$0 (1)

nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg \$0 (1)

ocella oral tablet 3-0.03 mg \$0 (1)

philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg \$0 (1)

pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 \$0 (1)

pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg \$0 (1)

portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg \$0 (1)

reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg \$0 (1)

rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg \$0 (1)

setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91) \$0 (1)

sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg \$0 (1)

sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg \$0 (1)

syeda oral tablet 3-0.03 mg \$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	\$0 (1)
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	\$0 (1)
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	\$0 (1)
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	\$0 (1)
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	\$0 (1)
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	\$0 (1)
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	\$0 (1)
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	\$0 (1)
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	\$0 (1)
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	\$0 (1)
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	\$0 (1)
vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (1)
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (1)
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	\$0 (1)
wymzya fe oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (1)
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	\$0 (1)
<b>အထွေထွေ OB/GYN</b>	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0 (1)
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$0 (1)
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$0 (1)
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	\$0 (1)
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	\$0 (1)
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	\$0 (1)
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	\$0 (1)
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0 (1)
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0 (1)
terconazole vaginal suppository 80 mg	\$0 (1)
tranexamic acid oral tablet 650 mg	\$0 (1)
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0 (1)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	\$0 (1)
<b>အီစထရိုဂျင် / ပရိုဂျက်စတင်</b>	
camila oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
deblitane oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	\$0 (1)
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	\$0 (1)
emzahh oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
errin oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့် လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (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	\$0 (1)
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	\$0 (1)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	\$0 (1)
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (1)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0 (1)
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
heather oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
incassia oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
lyleq oral tablet 0.35 mg	\$0 (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	\$0 (1)
lyza oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	\$0 (1)
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	\$0 (1)
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	\$0 (1)
nora-be oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (1)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0 (1)
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	\$0 (1)
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (1)
sharobel oral tablet 0.35 mg	\$0 (1)
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	\$0 (1)

အစာအိမ်အူလမ်းကကြောင်းရောဂါ

ပဋိဗေဒနာ ကုထုံး

dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed releas 30 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	\$0 (1)	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	\$0 (1)	
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	\$0 (1)	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0 (1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (1)	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	\$0 (1)	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
sucralfate oral suspension 100 mg/ml	\$0 (1)	
sucralfate oral tablet 1 gram	\$0 (1)	
<b>ဝမ်းလျှော့ဆေး / ကြွက်သားတင်းမာမှုကို လျော့ချသောဆေး</b>		
dicyclomine oral capsule 10 mg	\$0 (1)	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	
dicyclomine oral tablet 20 mg	\$0 (1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	\$0 (1)	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (1)	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
loperamide oral capsule 2 mg	\$0 (1)	
<b>အထွေထွေ အစာအိမ် အူလမ်းကင်းဆင်းဆိုင်ရာ ကုသဆေးများ</b>		
alosetron oral tablet 0.5 mg	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days)
alosetron oral tablet 1 mg	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days): ^
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	B/D
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	\$0 (1)	B/D
balsalazide oral capsule 750 mg	\$0 (1)	
betaine oral powder 1 gram/scoop	\$0 (1)	LA: ^
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	\$0 (1)	
budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days): ^
compro rectal suppository 25 mg	\$0 (1)	
constulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
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	\$0 (1)	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	\$0 (1)	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	B/D; QL (60 EA per 30 days)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA: LA: ^
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (1)	PA: ^
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	\$0 (1)	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	\$0 (1)	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	\$0 (1)	
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (1)	B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	\$0 (1)	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (1)	PA: ^
lactulose oral solution 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml	\$0 (1)	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	\$0 (1)	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	\$0 (1)	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg	\$0 (1)	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	\$0 (1)	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	\$0 (1)	
mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	\$0 (1)	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
peg 3350–electrolytes oral recon soln 236–22.74–6.74 – 5.86 gram	\$0 (1)	
peg–electrolyte soln oral recon soln 420 gram	\$0 (1)	
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140–9–5.2 GRAM	\$0 (1)	
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	\$0 (1)	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0 (1)	
procto–med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)	
proctozone–hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	\$0 (1)	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	\$0 (1)	PA; QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (30 ML per 180 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	\$0 (1)	PA: QL (1.2 ML per 56 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	\$0 (1)	PA: ^
sulfasalazine oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	\$0 (1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	\$0 (1)	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0 (1)	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
VOWST ORAL CAPSULE	\$0 (1)	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	\$0 (1)	
<b>အထွေထွေ ထောက်ပံ့ရေးပစ္စည်းများ</b>		
<b>အထွေထွေ ထောက်ပံ့ရေးပစ္စည်းများ</b>		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1)	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	\$0 (1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	\$0 (1)	BD Preferred
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (1)	PA; QL (15 EA per 30 days)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (1)	BD Preferred
<b>အန်တီနိုယိုပရလပ်စတစ် / ချခံအားလျော့ချပေးသော ဆေးဝါးများ</b>		
<b>ဖဋ္ဌိစွက်ဆေးများ</b>		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (1)	^
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0 (1)	B/D; ^
<b>အန်တီနိုယိုပရလပ်စတစ် / ချခံအားလျော့ချပေးသော ဆေးဝါးများ</b>		
abiraterone oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 180 days); ^
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (1)	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

azacitidine injection recon soln 100 mg	\$0 (1)	^
azathioprine oral tablet 50 mg	\$0 (1)	B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	^
bexarotene oral capsule 75 mg	\$0 (1)	PA-NS; ^
bexarotene topical gel 1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	^
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	\$0 (1)	^
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (330 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
cisplatin intravenous solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days); ^
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days); ^
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	\$0 (1)	B/D
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	B/D
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (1)	B/D
cytarabine injection solution 20 mg/ml	\$0 (1)	
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	\$0 (1)	^
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	\$0 (1)	
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	\$0 (1)	^
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0 (1)	PA-NS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0 (1)	PA-NS
ELLENCEN INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML	\$0 (1)	
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
ENVARBUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (1)	B/D
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	\$0 (1)	^
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
erlotinib oral tablet 25 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	\$0 (1)	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1)	^
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (150 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	\$0 (1)	B/D

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	\$0 (1)	B/D: ^
exemestane oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0 (1)	PA-NS: ^
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0 (1)	PA-NS
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	\$0 (1)	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (84 EA per 28 days); ^
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml	\$0 (1)	^
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
gefitinib oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	\$0 (1)	
gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)	\$0 (1)	
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (1)	B/D
gengraf oral solution 100 mg/ml	\$0 (1)	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	^
hydroxyurea oral capsule 500 mg	\$0 (1)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
imatinib oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
imatinib oral tablet 400 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (324 ML per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (5 EA per 28 days); ^
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	\$0 (1)	^
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (49 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (70 EA per 28 days); ^
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (91 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; QL (21 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; QL (42 EA per 28 days); ^
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0 (1)	PA-NS; QL (63 EA per 28 days); ^
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA; ^
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	\$0 (1)	^
lapatinib oral tablet 250 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့်  
လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

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)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	^
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	\$0 (1)	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (1)	^
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	\$0 (1)	PA-NS; QL (84 EA per 28 days); ^
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	\$0 (1)	PA-NS; QL (112 EA per 28 days); ^
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; QL (140 EA per 28 days); ^
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	LA; ^
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	\$0 (1)	PA
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
mercaptapurine oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)	B/D
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; ^
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	\$0 (1)	B/D; ^
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	\$0 (1)	B/D
mycophenolic acid dr 180 mg tb	\$0 (1)	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
mycophenolic acid dr 360 mg tb	\$0 (1)	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
nilutamide oral tablet 150 mg	\$0 (1)	^
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (3 EA per 28 days); ^
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	\$0 (1)	^
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	\$0 (1)	PA; ^
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	\$0 (1)	PA
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	\$0 (1)	PA

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (96 ML per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	\$0 (1)	PA-NS; QL (16 EA per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	\$0 (1)	PA-NS; QL (20 EA per 28 days); ^
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	\$0 (1)	PA-NS; QL (24 EA per 28 days); ^
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days); ^
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (30 EA per 30 days); ^
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days); ^
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	\$0 (1)	
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	\$0 (1)	
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	\$0 (1)	
paraplatin intravenous solution 10 mg/ml	\$0 (1)	
pazopanib oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	^
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	\$0 (1)	
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days); ^
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (1)	B/D
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	\$0 (1)	^
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (150 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (336 EA per 28 days); ^
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; ^
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (224 EA per 28 days); ^
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	B/D
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (300 EA per 30 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA: LA: ^
sirolimus oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	B/D: ^
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0 (1)	
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 (1)	PA-NS: ^
sorafenib oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS: QL (120 EA per 30 days): ^
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS: QL (30 EA per 30 days): ^
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	\$0 (1)	PA-NS: QL (60 EA per 30 days): ^
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS: LA: QL (84 EA per 28 days): ^
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA-NS: QL (28 EA per 28 days): ^
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS: ^
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	\$0 (1)	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA-NS: LA: QL (120 EA per 30 days): ^
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0 (1)	PA-NS: QL (840 EA per 28 days): ^
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	PA-NS: LA: QL (30 EA per 30 days): ^
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS: ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	\$0 (1)	PA-NS: QL (30 EA per 30 days): ^
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (1)	PA-NS: LA: QL (30 EA per 30 days): ^
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS: QL (112 EA per 28 days): ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	\$0 (1)	^
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days); ^
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
toremifene oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	\$0 (1)	^
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	\$0 (1)	^
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (64 EA per 28 days); ^
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days); ^
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (56 EA per 28 days); ^
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (7 EA per 7 days); ^
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (42 EA per 180 days); ^
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	\$0 (1)	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days); ^
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; ^
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days); ^
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5), 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4)	\$0 (1)	PA-NS; QL (8 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 60 MG/WEEK (20 MG X 3)	\$0 (1)	PA-NS; QL (4 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days); ^
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days); ^
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days); ^
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	^
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days); ^
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
<b>အန်ဒါခရိုင်းဟတ်မန်း/ဆီးချိုသွေးချိုရောဂါ</b>		
<b>ဆီးချိုသွေးချိုရောဂါဆိုင်ရာ ကုထုံး</b>		
acarbose oral tablet 100 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 25 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 50 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
alcohol pads topical pads, medicated	\$0 (1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.4 ML per 28 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (1) ^
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 2 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	\$0 (1) QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (1) QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE HYOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	\$0 (1)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (1)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (1)	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML), 200 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	
INSULIN GLARGINE U-300 CONC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML), 300 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	\$0 (1)	QL (75 EA per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့်  
လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	\$0 (1)	Generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	\$0 (1)	Generic for Glucophage XR; QL (60 EA per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 60 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (1)	(brand RELION not covered)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 (1)	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	\$0 (1)	PA; QL (1.8 ML per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg	\$0 (1)	QL (960 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 1 mg	\$0 (1)	QL (480 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
repaglinide oral tablet 2 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	\$0 (1)	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	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	\$0 (1)	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	\$0 (1)	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	\$0 (1)	PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	\$0 (1)	QL (15 ML per 30 days)
<b>သိုင်းရွိုက်ဟော်မုန်းတားဆီးသောဆေးများ</b>		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
<b>သိုင်းရွိုက်ဟော်မုန်းများ</b>		
euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (1)
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	\$0 (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	\$0 (1)
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	\$0 (1)
<b>အထွေထွေ ဟော်မုန်းများ</b>	
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	\$0 (1) PA: ^
cabergoline oral tablet 0.5 mg	\$0 (1)
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	\$0 (1)
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	\$0 (1)
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0 (1)
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0 (1)
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	\$0 (1) QL (120 EA per 30 days); ^
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	\$0 (1) ^
desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)	\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	\$0 (1)	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	\$0 (1)	
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	\$0 (1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	\$0 (1)	PA: ^
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (1)	PA; LA: ^
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	\$0 (1)	PA: ^
mifepristone oral tablet 300 mg	\$0 (1)	PA: ^
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	\$0 (1)	PA: ^
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	\$0 (1)	
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0 (1)	
sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg	\$0 (1)	PA: ^
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	\$0 (1)	PA: ^
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA; LA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	\$0 (1)	
testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)	\$0 (1)	PA: QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	\$0 (1)	PA: QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	\$0 (1)	PA: QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	\$0 (1)	PA: QL (300 GM per 30 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	PA: ^
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml	\$0	(1)
<b>အဒရီနယ် ဟော်မုန်းများ</b>		
dexamethasone intensol oral drops 1 mg/ml	\$0	(1)
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml	\$0	(1)
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	\$0	(1)
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0	(1)
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	\$0	(1)
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	\$0	(1)
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	\$0	(1)
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	\$0	(1)
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0	(1)
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0	(1)
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0	(1) B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	\$0	(1)
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	\$0	(1)
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	\$0	(1)
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	\$0	(1)
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	\$0	(1)
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0	(1)
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	\$0	(1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)	
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	\$0 (1)	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	\$0 (1)	
<b>အရိုးအဆစ်နှင့်ကြွက်သားနာကျင်မှု / အဆစ်အမစ်ရောင်ရမ်းခြင်း</b>		
<b>ဂေါက်နာ ကုထုံး</b>		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (1)	
colchicine oral capsule 0.6 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	\$0 (1)	
probenecid oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	\$0 (1)	
<b>အခြားအဆစ်အမစ်အရောင်ကျဆေးများ</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	\$0 (1)	PA; QL (3.6 ML per 28 days); ^
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	\$0 (1)	PA; ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (6 EA per 180 days); ^
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA; QL (4 EA per 180 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: QL (4 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA: QL (2 EA per 28 days); ^
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: QL (4 EA per 28 days); ^
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA: QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA: QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA: QL (8 ML per 28 days); ^
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (1)	PA: QL (8 ML per 28 days); ^
HUMIRA PEN PSOR- UVEITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 180 days); ^
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEN CROHNS- UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days); ^
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (4 EA per 180 days); ^
HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (4 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (2 EA per 28 days); ^
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA: Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days); ^
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	PA: QL (55 EA per 180 days); ^
penicillamine oral tablet 250 mg	\$0 (1)	^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days); ^
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	\$0 (1)	PA: QL (84 EA per 180 days); ^
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	\$0 (1)	QL (55 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: QL (3 EA per 180 days); ^
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA: QL (4 EA per 28 days); ^
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (1)	PA: QL (2 EA per 28 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	\$0 (1)	PA: QL (2 EA per 28 days); ^
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	\$0 (1)	PA: QL (4 EA per 28 days); ^

**အရိုးပွရဂါကုသဆေးများ**

alendronate oral solution 70 mg/75 ml	\$0 (1)	QL (300 ML per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml	\$0 (1)	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml	\$0 (1)	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days)
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (1)	QL (1 ML per 180 days)
raloxifene oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
risedronate oral tablet 150 mg	\$0 (1)	QL (1 EA per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
risedronate oral tablet 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg	\$0 (1)	QL (4 EA per 28 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	\$0 (1)	PA: Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; QL (2.48 ML per 28 days); ^

**အရေပြားရောဂါကုသဆေးများ/လိမ်းဆေး ကုသဆေး**

**ကော်တီကိုစတီးရွိုက် လိမ်းဆေးများ**

ala-cort topical cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
alclometasone topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

betamethasone valerate topical cream 0.1 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (150 GM per 30 days)
clobetasol scalp solution 0.05 %	\$0 (1)	QL (100 ML per 28 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical shampoo 0.05 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 28 days)
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 28 days)
clodan topical shampoo 0.05 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 28 days)
desonide topical lotion 0.05 %	\$0 (1)	QL (118 ML per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical oil 0.01 %	\$0 (1)	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical solution 0.01 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide-e topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	\$0 (1)	
hydrocortisone topical lotion 2 %, 2.5 %	\$0 (1)	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	\$0 (1)	
mometasone topical cream 0.1 %	\$0 (1)	
mometasone topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	
mometasone topical solution 0.1 %	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	\$0 (1)	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (1)	
triderm topical cream 0.5 %	\$0 (1)	

**ဘက်တီးရီးယား လိမ်းဆေး**

gentamicin topical cream 0.1 %	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
mupirocin topical ointment 2 %	\$0 (1)	QL (44 GM per 30 days)
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	\$0 (1)	

**မျိုရုဂါလိမ်းဆေးများ**

ciclopirox topical cream 0.77 %	\$0 (1)	QL (90 GM per 28 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 28 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 28 days)
clotrimazole topical cream 1 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole topical solution 1 %	\$0 (1)	QL (30 ML per 28 days)
clotrimazole–betamethasone topical cream 1–0.05 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole–betamethasone topical lotion 1–0.05 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 28 days)
ketoconazole topical cream 2 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 28 days)
klayesta topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

naftifine topical cream 1 %	\$0 (1)	QL (90 GM per 28 days)
naftifine topical cream 2 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
naftifine topical gel 2 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 28 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
<b>ရောင်ရမ်းမှုသက်သာဆေး / အနာမရင်းဆေး</b>		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	\$0 (1)	QL (120 ML per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	\$0 (1)	QL (120 GM per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (2.5 ML per 28 days); ^
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	\$0 (1)	PA; QL (10 ML per 28 days); ^
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	\$0 (1)	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (6 ML per 365 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days); ^
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 28 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML

\$0 (1) PA: QL (2 ML per 28 days); ^

TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML

\$0 (1) PA: QL (2 ML per 28 days); ^

ဝက်ခွက်ကြွယ်:

accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg

\$0 (1)

adapalene topical cream 0.1 %

\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)

adapalene topical gel 0.3 %

\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)

adapalene topical gel with pump 0.3 %

\$0 (1)

amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg

\$0 (1)

azelaic acid topical gel 15 %

\$0 (1) QL (50 GM per 30 days)

claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg

\$0 (1)

clindamycin phosphate topical gel 1 %

\$0 (1) QL (75 GM per 30 days)

clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %

\$0 (1) QL (75 ML per 30 days)

clindamycin phosphate topical lotion 1 %

\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)

clindamycin phosphate topical solution 1 %

\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)

clindamycin phosphate topical swab 1 %

\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)

clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base)  
-5 %

\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)

clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %

\$0 (1) QL (50 GM per 30 days)

clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump 1-5 %

\$0 (1) QL (50 GM per 30 days)

ery pads topical swab 2 %

\$0 (1) QL (60 EA per 30 days)

erythromycin with ethanol topical solution 2 %

\$0 (1) QL (60 ML per 30 days)

erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %

\$0 (1)

isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg

\$0 (1)

metronidazole topical cream 0.75 %

\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)

metronidazole topical gel 0.75 %

\$0 (1) QL (45 GM per 30 days)

metronidazole topical lotion 0.75 %

\$0 (1) QL (59 ML per 30 days)

myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg

\$0 (1)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

neuac topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %	\$0 (1)	QL (45 GM per 30 days)
tazarotene topical cream 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA
tretinoin microspheres topical gel 0.04 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (50 GM per 30 days)
tretinoin microspheres topical gel with pump 0.04 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (50 GM per 30 days)
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %	\$0 (1)	PA; QL (45 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (1)	
<b>ဝဲပိုးသစေသေဓာ / သန်းရုဓာဂါပျဓာကံစသေဓာ လိမ်းဆေး</b>		
malathion topical lotion 0.5 %	\$0 (1)	
permethrin topical cream 5 %	\$0 (1)	QL (60 GM per 30 days)
<b>အထွထွေ အရပေဌးရုဓာဂါကုသဆေးများ</b>		
ammonium lactate topical cream 12 %	\$0 (1)	
ammonium lactate topical lotion 12 %	\$0 (1)	
dermacinrx lidocan topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	\$0 (1)	PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0 (1)	PA; QL (1.34 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	\$0 (1)	PA; QL (4.56 ML per 28 days); ^
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
fluorouracil topical cream 5 %	\$0 (1)	QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	\$0 (1)	QL (10 ML per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
imiquimod topical cream in packet 5 %	\$0 (1)	QL (24 EA per 28 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကဓာကံများသည် ဤဇယား၏အစသိုသွားခင်းဖင့် မည်ကဲ့သို ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွေနိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)	\$0 (1)	
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)	\$0 (1)	
lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %	\$0 (1)	QL (60 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	\$0 (1)	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	\$0 (1)	QL (50 GM per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	\$0 (1)	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	\$0 (1)	QL (30 GM per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
lidocan iv topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
lidocan v topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 GM per 30 days); ^
pimecrolimus topical cream 1 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
podofilox topical solution 0.5 %	\$0 (1)	QL (7 ML per 28 days)
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	\$0 (1)	QL (15 GM per 30 days); ^
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0 (1)	QL (180 GM per 30 days)
silver sulfadiazine topical cream 1 %	\$0 (1)	
ssd topical cream 1 %	\$0 (1)	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	\$0 (1)	QL (100 GM per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
tridacaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	
tridacaine topical adhesive patch,medicated 5 %	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်

ဆေးအဆ လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ  
ငံ့

အလိုအလျောက်အာရုံကဏ္ဍစနစ် / CNS  
ဗဟိုအာရုံကဏ္ဍစနစ်ဆိုင်ရာ ဆေးဝါးများ၊ အာရုံကဏ္ဍ /  
စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ

ကျွတ်သားနာကျင်ကိုက်ခဲမှု သက်သာစေသောဆေး /  
အကဏ္ဍပဋိ ကုထုံး

baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	\$0 (1)	
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	

ခေါင်းတစ်ခမ်းကိုက်ခဲခြင်း /  
အုံ့လိုက်ခေါင်းကိုက်ခဲခြင်းဆိုင်ရာကုထုံး

AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 30 days)
dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	^
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days)
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	\$0 (1)	QL (40 EA per 28 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	\$0 (1)	PA; QL (16 EA per 30 days); ^
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	\$0 (1)	QL (8 ML per 28 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို  
သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (18 EA per 28 days)
<b>စိတ်ရောဂါကုထုံးဆေးဝါးများ</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (2.4 ML per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	\$0 (1)	QL (3.2 ML per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (1 EA per 28 days)
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	\$0 (1)	QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	\$0 (1)	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	\$0 (1)	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	\$0 (1)	QL (3.2 ML per 28 days)
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆ လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ  
ငံ

armodafinil oral tablet 50 mg	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	\$0 (1)	ST; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	\$0 (1)	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0 (1)	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	PA-NS
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (360 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg	\$0 (1)	
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (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	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	
diazepam injection syringe 5 mg/ml	\$0 (1)	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)	\$0 (1)	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (1)	
duloxetine oral capsule, delayed release (dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	ST; QL (60 EA per 30 days); ^
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	\$0 (1)	ST; QL (8 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	\$0 (1)	QL (28 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0 (1)	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0 (1)	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (1)	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	\$0 (1)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (1)	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	\$0 (1)	QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0 (1)	QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0 (1)	QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0 (1)	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0 (1)	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0 (1)	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	\$0 (1)	QL (0.88 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	\$0 (1)	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	\$0 (1)	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	\$0 (1)	QL (2.63 ML per 90 days)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet, chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

lisdexamfetamine oral tablet,chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	\$0 (1)	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	\$0 (1)	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	\$0 (1)	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)	
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	\$0 (1)	
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (1)	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (1)	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (1800 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 36 mg, 36 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet,chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (1)	
modafinil oral tablet 100 mg	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

modafinil oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	\$0 (1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	\$0 (1)	QL (3 EA per 1 day)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	
phenelzine oral tablet 15 mg	\$0 (1)	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	\$0 (1)	QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0 (1)	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg	\$0 (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	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1)	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (540 ML per 30 days); ^
temazepam oral capsule 15 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	\$0 (1)	PA; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (1)	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0 (1)	
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (600 ML per 30 days); ^
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	\$0 (1)	
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (28 EA per 365 days); ^
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (14 EA per 365 days); ^
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (1 EA per 28 days)
<b>ပါကင်ဆန်ရောဂါ ကုသဆေးများ</b>		
benztropine injection solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (1)	PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	\$0 (1)	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	\$0 (1)	
carbidopa oral tablet 25 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0 (1)	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

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	\$0 (1)	
entacapone oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
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	\$0 (1)	
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0 (1)	
pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg	\$0 (1)	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (1)	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	\$0 (1)	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	\$0 (1)	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA
<b>ဘိန်းပါသော အကျိတ်အပူဓာတ်ဆေးများ</b>		
acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0 (1)	PA: QL (120 EA per 30 days): ^
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0 (1)	PA: QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	\$0 (1)	PA: QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	\$0 (1)	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0 (1)	QL (150 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
methadone intensol oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	PA: QL (90 ML per 30 days)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (1)	PA: QL (90 ML per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	\$0 (1)	PA: QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
morphine (pf) intravenous patient control.analgesia soln 30 mg/30 ml (1 mg/ml)	\$0 (1)	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
morphine injection syringe 4 mg/ml	\$0 (1)	
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1)	
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (1)	
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 8 MG/ML	\$0 (1)	
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
<b>ဘိန်းမပါသော အကိုက်အခဲပျောက်ဆေးများ</b>		
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$0 (1)	
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	\$0 (1)	
diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	
diclofenac sodium topical gel 1 %	\$0 (1)	QL (1000 GM per 28 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	\$0 (1)	QL (224 GM per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	\$0 (1)	
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

ec-naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	\$0 (1)	
etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg	\$0 (1)	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	\$0 (1)	
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	\$0 (1)	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	\$0 (1)	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0 (1)	
meloxicam oral tablet 15 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
meloxicam oral tablet 7.5 mg	\$0 (1)	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0 (1)	
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	\$0 (1)	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	\$0 (1)	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	\$0 (1)	
naltrexone oral tablet 50 mg	\$0 (1)	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0 (1)	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0 (1)	
oxaprozin oral tablet 600 mg	\$0 (1)	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	
tramadol oral tablet 50 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	\$0 (1)	QL (240 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 380 MG	\$0 (1)	

**အတက်ရောက်ကုဆေးများ**

APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
----------------------------------	---------	------------------------

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (1)	QL (600 ML per 30 days); ^
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (1)	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	\$0 (1)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	\$0 (1)	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days); ^
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0 (1)	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	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	\$0 (1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (1)	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	\$0 (1)	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	\$0 (1)	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA
epitol oral tablet 200 mg	\$0 (1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS
ethosuximide oral capsule 250 mg	\$0 (1)	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	\$0 (1)	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	\$0 (1)	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	\$0 (1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (1)	QL (720 ML per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	\$0 (1)	QL (270 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	\$0 (1)	QL (360 EA per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)	\$0 (1)	QL (2160 ML per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	\$0 (1)	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg	\$0 (1)	PA; QL (180 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်

ဆေးအဆ လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ  
 င်

gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days); ^
lacosamide oral solution 10 mg/ml	\$0 (1)	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
lacosamide oral tablet 50 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	\$0 (1)	
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	\$0 (1)	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	\$0 (1)	
lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	\$0 (1)	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	\$0 (1)	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5 ml (5 ml)	\$0 (1)	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	\$0 (1)	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (10 EA per 30 days); ^
methsuximide oral capsule 300 mg	\$0 (1)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (1)	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	\$0 (1)	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0 (1)	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	\$0 (1)	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	\$0 (1)	PA-NS

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	\$0 (1)	
phenytoin oral suspension 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml	\$0 (1)	
phenytoin oral tablet, chewable 50 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (1)	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0 (1)	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (1)	QL (120 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	\$0 (1)	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	\$0 (1)	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	\$0 (1)	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	\$0 (1)	
roovepra oral tablet 500 mg	\$0 (1)	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	\$0 (1)	PA-NS; QL (2400 ML per 30 days); ^
rufinamide oral tablet 200 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)
rufinamide oral tablet 400 mg	\$0 (1)	PA-NS; QL (240 EA per 30 days); ^
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days); ^
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0 (1)	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	\$0 (1)	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	\$0 (1)	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

valproic acid oral capsule 250 mg	\$0 (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)	\$0 (1)	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigabatrin oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigadrone oral powder in packet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigadrone oral tablet 500 mg	\$0 (1)	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days); ^
vigpoder oral powder in packet 500 mg	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	QL (56 EA per 28 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days); ^
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days); ^
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	QL (28 EA per 180 days); ^
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0 (1)	PA-NS
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (1)	PA-NS; QL (1100 ML per 30 days); ^
<b>အထွေထွေ အချက်ကြောက်ထုံး</b>		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (120 EA per 30 days); ^
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	\$0 (1)	PA; QL (120 EA per 30 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုက်အခံများသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days); ^
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	\$0 (1)	PA: QL (28 EA per 180 days); ^
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	\$0 (1)	PA: QL (42 EA per 28 days); ^
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	\$0 (1)	PA: QL (14 EA per 7 days); ^
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	\$0 (1)	PA: QL (120 EA per 180 days); ^
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days); ^
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
donepezil oral tablet 23 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	
fingolimod oral capsule 0.5 mg	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days); ^
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	\$0 (1)	
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	\$0 (1)	PA: QL (30 ML per 30 days); ^
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	\$0 (1)	PA: QL (12 ML per 28 days); ^
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	\$0 (1)	PA: QL (30 ML per 30 days); ^
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	\$0 (1)	PA: QL (12 ML per 28 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (1)	PA
memantine oral solution 2 mg/ml	\$0 (1)	PA
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	\$0 (1)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (1)	PA: QL (60 EA per 30 days); ^
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	\$0 (1)	PA: QL (20 ML per 180 days); ^
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA: ^
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	\$0 (1)	PA: ^
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg	\$0 (1)	PA: QL (30 EA per 30 days); ^
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days); ^
tetrabenazine oral tablet 25 mg	\$0 (1)	PA: QL (120 EA per 30 days); ^

**အသက်ရှူလမ်းကကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါနှင့် ဓာတ်မတည့်မှု**

**နူစေး၊ ဓာတ်မတည့်ပျောက်ဆေး / ဓာတ်မတည့်မှုပျောက်ဆေး**

adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)	\$0 (1)	
cetirizine oral solution 1 mg/ml	\$0 (1)	
cyproheptadine oral tablet 4 mg	\$0 (1)	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0 (1)	
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	\$0 (1)	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	\$0 (1)	QL (4 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းမငြိမည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

**ဆေးအမည်**

**ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ**

hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	\$0 (1)	
levocetirizine oral tablet 5 mg	\$0 (1)	
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (1)	
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	\$0 (1)	PA
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (1)	PA
<b>အဆုတ်ရောဂါကုသဆေးများ</b>		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	\$0 (1)	B/D
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (90 EA per 30 days); ^
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	\$0 (1)	8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	\$0 (1)	6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml	\$0 (1)	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	\$0 (1)	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (1)	
alyq oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA; QL (60 EA per 30 days); ^
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (1)	PA; LA; QL (30 EA per 30 days); ^
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml	\$0 (1)	B/D; QL (120 ML per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (25.8 GM per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	\$0 (1)	QL (10.7 GM per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	\$0 (1)	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	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	\$0 (1)	QL (30.9 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	\$0 (1)	B/D
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (8 GM per 30 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	\$0 (1)	B/D
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days): ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (0.5 ML per 28 days): ^
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days): ^
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	\$0 (1)	QL (50 ML per 30 days)
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	\$0 (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	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml	\$0 (1)	B/D: QL (120 ML per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	\$0 (1)	PA: LA: QL (30 EA per 30 days): ^
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	\$0 (1)	PA: LA: QL (20 EA per 30 days): ^
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	\$0 (1)	PA: QL (27 ML per 30 days): ^
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0 (1)	B/D
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	\$0 (1)	B/D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 5.8 MG	\$0 (1)	PA: QL (56 EA per 28 days): ^
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (56 EA per 28 days): ^
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (56 EA per 28 days): ^
levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml	\$0 (1)	B/D
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	\$0 (1)	QL (34 GM per 30 days)
montelukast oral granules in packet 4 mg	\$0 (1)	
montelukast oral tablet 10 mg	\$0 (1)	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	\$0 (1)	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (60 EA per 30 days): ^
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (30 EA per 30 days): ^
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (56 EA per 28 days): ^
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (1)	PA: LA: QL (112 EA per 28 days): ^
pirfenidone oral capsule 267 mg	\$0 (1)	PA: QL (270 EA per 30 days): ^
pirfenidone oral tablet 267 mg	\$0 (1)	PA: QL (270 EA per 30 days): ^
pirfenidone oral tablet 801 mg	\$0 (1)	PA: QL (90 EA per 30 days): ^
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (1)	B/D: ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024



ဆေးအမည်	ဆေးအဆင့်	လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	\$0 (1)	QL (30 EA per 30 days)
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	\$0 (1)	PA; LA; QL (27 ML per 30 days); ^
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA; generic for Revatio; QL (90 EA per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	\$0 (1)	PA; LA; QL (56 EA per 28 days); ^
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	\$0 (1)	PA; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days); ^
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (1)	
THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (1)	
theophylline oral elixir 80 mg/15 ml	\$0 (1)	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	\$0 (1)	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	\$0 (1)	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	\$0 (1)	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	\$0 (1)	QL (60 EA per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	\$0 (1)	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)	\$0 (1)	PA; LA; QL (84 EA per 28 days); ^
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	\$0 (1)	QL (36 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေးများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

ဆေးအမည်

ဆေးအဆင့် လိုအပ်ချက်/ကန့်သတ်ချက်များ

XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; QL (1 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 EA per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	\$0 (1)	PA; QL (8 ML per 28 days); ^
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0 (1)	PA; LA; QL (1 ML per 28 days); ^
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (1)	

ဤဇယားရှိ သင့်ကတေများနှင့် အတိုကောက်များသည် ဤဇယား၏အစသို့သွားခြင်းဖြင့် မည်ကဲ့သို့ ဆိုလိုသည်ကို သင်ရာဖွဲ့နိုင်ပါသည်။

11/07/2024

# မူးယစ်ဆေးဝါးအညွှန်း

<i>abacavir</i> .....	30, 31	ALUNBRIG.....	55	<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	10
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	31	<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	41	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	54
ABELCET.....	35	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....	41	<i>atazanavir</i> .....	31
ABILIFY ASIMTUFII.....	88	<i>alyq</i> .....	108	<i>atenolol</i> .....	13
ABILIFY MAINTENA.....	88	<i>amantadine hcl</i> .....	31	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	13
<i>abiraterone</i> .....	55	<i>ambrisentan</i> .....	108	<i>atomoxetine</i> .....	89
ABRYSVO (PF).....	3	<i>amethia</i> .....	42	<i>atorvastatin</i> .....	12
<i>acamprosate</i> .....	39	<i>amikacin</i> .....	36	<i>atovaquone</i> .....	36
<i>acarbose</i> .....	69	<i>amiloride</i> .....	13	<i>atovaquone-proguanil</i> .....	36
<i>accutane</i> .....	84	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	13	<i>atropine</i> .....	26
<i>acebutolol</i> .....	13	<i>amiodarone</i> .....	9	ATROVENT HFA.....	109
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	97	<i>amitriptyline</i> .....	88	<i>aubra eq</i> .....	42
<i>acetazolamide</i> .....	25	<i>amlodipine</i> .....	13	AUGTYRO.....	55
<i>acetic acid</i> .....	20, 39	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	12	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	42
<i>acetylcysteine</i> .....	108	<i>amlodipine-benazepril</i> .....	13	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	42
<i>acitretin</i> .....	83	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	13	AUSTEDO.....	105
ACTEMRA.....	77	<i>amlodipine-valsartan</i> .....	13	AUSTEDO XR.....	105, 106
ACTEMRA ACTPEN.....	77	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..	13	AUSTEDO XR TITRATION	
ACTHIB (PF).....	3	<i>ammonium lactate</i> .....	85	KT(WK1-4).....	106
ACTIMMUNE.....	7	<i>amnesteem</i> .....	84	AUVELITY.....	89
<i>acyclovir</i> .....	31	<i>amoxapine</i> .....	88	<i>aviane</i> .....	42
<i>acyclovir sodium</i> .....	31	<i>amoxicillin</i> .....	29	AYVAKIT.....	55
ADACEL(TDAP		<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	29	<i>azacitidine</i> .....	56
ADOLESN/ADULT)(PF).....	3	<i>amphotericin b</i> .....	35	<i>azathioprine</i> .....	56
<i>adapalene</i> .....	84	<i>ampicillin</i> .....	29	<i>azelaic acid</i> .....	84
<i>adefovir</i> .....	31	<i>ampicillin sodium</i> .....	29	<i>azelastine</i> .....	19, 26
ADEMPAS.....	108	<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	29	<i>azithromycin</i> .....	28
<i>adrenalin</i> .....	107	<i>anagrelide</i> .....	39	<i>aztreonam</i> .....	36
ADVAIR HFA.....	108	<i>anastrozole</i> .....	55	<i>azurette (28)</i> .....	42
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	87	ANORO ELLIPTA.....	108	<i>bacitracin</i> .....	24
AKEEGA.....	55	<i>apraclonidine</i> .....	24	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	24
<i>ak-poly-bac</i> .....	24	<i>aprepitant</i> .....	51	<i>baclofen</i> .....	87
<i>ala-cort</i> .....	80	<i>apri</i> .....	42	<i>balsalazide</i> .....	51
<i>albendazole</i> .....	36	APTIOM.....	100, 101	BALVERSA.....	56
<i>albuterol sulfate</i> .....	108	APTIVUS.....	31	<i>balziva (28)</i> .....	42
<i>alclometasone</i> .....	80	<i>aranelle (28)</i> .....	42	BARACLUDE.....	31
<i>alcohol pads</i> .....	69	ARCALYST.....	7	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	3
ALDURAZYME.....	74	AREXVY (PF).....	3	BELSOMRA.....	89
ALECENSA.....	55	<i>arformoterol</i> .....	108	<i>benazepril</i> .....	13
<i>alendronate</i> .....	80	ARIKAYCE.....	36	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	14
<i>alfuzosin</i> .....	8	<i>aripiprazole</i> .....	88	BENDEKA.....	56
<i>aliskiren</i> .....	13	ARISTADA.....	88	BENLYSTA.....	77
<i>allopurinol</i> .....	77	ARISTADA INITIO.....	88	<i>benztropine</i> .....	96
<i>alosetron</i> .....	51	<i>armodafinil</i> .....	88, 89	BESREMI.....	7
ALPHAGAN P.....	24	ARNUITY ELLIPTA.....	109	<i>betaine</i> .....	51
<i>alprazolam</i> .....	88	<i>asenapine maleate</i> .....	89	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	80
<i>altavera (28)</i> .....	41	<i>ashlyna</i> .....	42	<i>betamethasone valerate</i> .....	81

<i>betamethasone, augmented</i> .....	81	CALQUENCE (ACALABRUTINIB	<i>chlorthalidone</i> .....	14
BETASERON.....	7	MAL).....	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .....	12
<i>betaxolol</i> .....	14, 25	<i>camila</i> .....	<i>cholestyramine light</i> .....	12
<i>bethanechol chloride</i> .....	9	<i>camrese</i> .....	<i>cholestyramine-aspartame</i> .....	12
BEVESPI AEROSPHERE.....	109	<i>camrese lo</i> .....	<i>ciclopirox</i> .....	82
<i>bexarotene</i> .....	56	<i>candesartan</i> .....	<i>cilostazol</i> .....	10
BEXSERO.....	3	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> ..	CIMDUO.....	31
<i>bicalutamide</i> .....	56	CAPLYTA.....	<i>cinacalcet</i> .....	74
BICILLIN L-A.....	29	CAPRELSA.....	<i>ciprofloxacin</i> .....	35
BIKTARVY.....	31	<i>captopril</i> .....	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	24, 34
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	14	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> ....	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> .....	34
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ...	14	<i>carbamazepine</i> .....	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	19
BIVIGAM.....	3	<i>carbidopa</i> .....	<i>cisplatin</i> .....	56
<i>blisovi 24 fe</i> .....	42	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	<i>citalopram</i> .....	89
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	42	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>claravis</i> .....	84
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....	42	<i>entacapone</i> .....	<i>clarithromycin</i> .....	28
BOOSTRIX TDAP.....	3	<i>carboplatin</i> .....	<i>clindamycin hcl</i> .....	36
BORTEZOMIB.....	56	<i>carglumic acid</i> .....	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> .....	36
<i>bortezomib</i> .....	56	<i>carteolol</i> .....	<i>clindamycin phosphate</i> ... 36, 48, 84	
<i>bosentan</i> .....	109	<i>cartia xt</i> .....	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> .....	84
BOSULIF.....	56	<i>carvedilol</i> .....	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE	
BRAFTOVI.....	56	<i>casprofungin</i> .....	FREE.....	22
BREO ELLIPTA.....	109	CAYSTON.....	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF	
<i>breyna</i> .....	109	<i>cefaclor</i> .....	FREE.....	22
BREZTRI AEROSPHERE.....	109	<i>cefadroxil</i> .....	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT	
<i>briellyn</i> .....	42	<i>cefazolin</i> .....	FREE.....	39
BRILINTA.....	10	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> .....	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-	
<i>brimonidine</i> .....	24	<i>cefdinir</i> .....	FREE).....	22
<i>brinzolamide</i> .....	25	<i>cefepime</i> .....	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-	
BRIVIACT.....	101	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> .....	FREE).....	22
<i>bromfenac</i> .....	23	<i>cefixime</i> .....	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-	
<i>bromocriptine</i> .....	96	<i>cefoxitin</i> .....	FREE).....	22
BRUKINSA.....	56	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .....	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-	
<i>budesonide</i> .....	51, 109	<i>cefpodoxime</i> .....	FREE).....	22
<i>bumetanide</i> .....	14	<i>cefprozil</i> .....	<i>clobazam</i> .....	101
<i>buprenorphine hcl</i> .....	97	<i>ceftazidime</i> .....	<i>clobetasol</i> .....	81
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	99	<i>ceftriaxone</i> .....	<i>clobetasol-emollient</i> .....	81
<i>bupropion hcl</i> .....	89	<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> .....	<i>clodan</i> .....	81
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ....	39	<i>cefuroxime axetil</i> .....	<i>clomipramine</i> .....	89
<i>buspiron</i> .....	89	<i>cefuroxime sodium</i> .....	<i>clonazepam</i> .....	101
<i>butorphanol</i> .....	99	<i>celecoxib</i> .....	<i>clonidine</i> .....	14
BYDUREON BCISE.....	69	<i>cephalexin</i> .....	<i>clonidine hcl</i> .....	14
<i>cabergoline</i> .....	74	<i>cetirizine</i> .....	<i>clopidogrel</i> .....	10
CABOMETYX.....	56	<i>cevimeline</i> .....	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	89
<i>calcipotriene</i> .....	83	CHEMET.....	<i>clotrimazole</i> .....	35, 82
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	74	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	82
<i>calcitriol</i> .....	74	<i>chloroquine phosphate</i> .....	<i>clozapine</i> .....	89
CALQUENCE.....	56	<i>chlorpromazine</i> .....	COARTEM.....	36



DUPIXENT SYRINGE.....	85	ENVARBUS XR.....	58	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> .....	50
<i>dutasteride</i> .....	8	EPIDIOLEX.....	102	FANAPT.....	91
<i>dutasteride-tamsulosin</i> .....	8	<i>epinephrine</i> .....	107	FARXIGA.....	70
<i>ec-naproxen</i> .....	100	<i>epitol</i> .....	102	FASENRA.....	109
EDARBI.....	15	EPKINLY.....	58	FASENRA PEN.....	109
EDARBYCLOR.....	15	<i>eplerenone</i> .....	15	<i>febuxostat</i> .....	77
EDURANT.....	31	EPRONTIA.....	102	<i>felbamate</i> .....	102
<i>efavirenz</i> .....	31	<i>ergotamine-caffeine</i> .....	87	<i>felodipine</i> .....	15
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ... 31		ERIVEDGE.....	58	<i>fenofibrate</i> .....	12
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> .. 31		ERLEADA.....	58	<i>fenofibrate micronized</i> .....	12
<i>electrolyte-148</i> .....	22	<i>erlotinib</i> .....	58	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	12
<i>electrolyte-48 in d5w</i> .....	22	<i>errin</i> .....	48	<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	12
<i>electrolyte-a</i> .....	22	<i>ertapenem</i> .....	36	<i>fentanyl</i> .....	98
ELIGARD.....	58	<i>ery pads</i> .....	84	<i>fentanyl citrate</i> .....	98
ELIGARD (3 MONTH).....	58	<i>ery-tab</i> .....	28	FETZIMA.....	91
ELIGARD (4 MONTH).....	58	ERYTHROCIN.....	28	<i>finasteride</i> .....	8
ELIGARD (6 MONTH).....	58	<i>erythrocin (as stearate)</i> .....	28	<i>ingolimod</i> .....	106
<i>elinest</i> .....	43	<i>erythromycin</i> .....	24, 28, 29	FINTEPLA.....	102
ELIQUIS.....	10	<i>erythromycin with ethanol</i> .....	84	<i>finzala</i> .....	43
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> .. 84		FIRMAGON KIT W DILUENT	
START.....	10	<i>escitalopram oxalate</i> .....	91	SYRINGE.....	59
ELLECE.....	58	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	50	<i>flac otic oil</i> .....	20
ELMIRON.....	9	<i>estarylla</i> .....	43	<i>flecainide</i> .....	9
ELREXFIO.....	58	<i>estradiol</i> .....	49	<i>fluconazole</i> .....	35
<i>eluryng</i> .....	48	<i>estradiol valerate</i> .....	49	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .....	35
<i>emoquette</i> .....	43	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	49	<i>flucytosine</i> .....	35
EMSAM.....	91	<i>ethambutol</i> .....	37	<i>fludrocortisone</i> .....	76
<i>emtricitabine</i> .....	31	<i>ethosuximide</i> .....	102	<i>flunisolide</i> .....	109
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> . 31, 32		<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	43	<i>fluocinolone</i> .....	81
EMTRIVA.....	32	<i>etodolac</i> .....	100	<i>fluocinolone acetonide oil</i> .....	20
EMVERM.....	36	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	48	<i>fluocinolone and shower cap</i> .....	81
<i>emzahn</i> .....	48	<i>etoposide</i> .....	58	<i>fluocinonide</i> .....	81
<i>enalapril maleate</i> .....	15	<i>etravirine</i> .....	32	<i>fluocinonide-e</i> .....	81
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	15	EULEXIN.....	58	<i>fluocinonide-emollient</i> .....	81
ENBREL.....	78	<i>euthyrox</i> .....	73	<i>fluoride (sodium)</i> .....	22
ENBREL MINI.....	78	<i>everolimus (antineoplastic)</i> .....	58	<i>fluorometholone</i> .....	23
ENBREL SURECLICK.....	78	<i>everolimus</i>		<i>fluorouracil</i> .....	59, 85
ENDARI.....	40	<i>(immunosuppressive)</i> .....	58, 59	<i>fluoxetine</i> .....	91
<i>endocet</i> .....	97	EVOTAZ.....	32	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	91
ENGERIX-B (PF).....	3	<i>exemestane</i> .....	59	<i>fluphenazine hcl</i> .....	91
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	3	EXKIVITY.....	59	<i>flurbiprofen</i> .....	100
<i>enoxaparin</i> .....	10	<i>ezetimibe</i> .....	12	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	23
<i>enpresse</i> .....	43	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	12	<i>fluticasone propionate</i> .....	81, 109
<i>enskyce</i> .....	43	FABRAZYME.....	75	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> .109	
<i>entacapone</i> .....	97	<i>falmina (28)</i> .....	43	<i>fluvastatin</i> .....	12
<i>entecavir</i> .....	32	<i>famciclovir</i> .....	32	<i>fluvoxamine</i> .....	91
ENTRESTO.....	19	<i>famotidine</i> .....	50	<i>fondaparinux</i> .....	11
<i>enulose</i> .....	51	<i>famotidine (pf)</i> .....	50	<i>formoterol fumarate</i> .....	110

<i>fosamprenavir</i> .....	32	<i>glutamine (sickle cell)</i> .....	40	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	15
<i>fosinopril</i> .....	15	<i>glycopyrrolate</i> .....	51	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	98
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	15	<i>glydo</i> .....	85	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	98
FOTIVDA .....	59	GLYXAMBI .....	70	<i>hydrocortisone</i> .....	52, 76, 82
FRUZAQLA .....	59	<i>granisetron (pf)</i> .....	52	<i>hydromorphone</i> .....	98
<i>fulvestrant</i> .....	59	<i>granisetron hcl</i> .....	52	<i>hydroxychloroquine</i> .....	37
<i>furosemide</i> .....	15	<i>griseofulvin microsize</i> .....	35	<i>hydroxyurea</i> .....	60
FUZEON .....	32	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	35	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	108
<i>fyavolv</i> .....	49	<i>guanfacine</i> .....	15, 91	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	108
FYCOMPA .....	102	GVOKE .....	70	<i>ibandronate</i> .....	80
<i>gabapentin</i> .....	102, 103	GVOKE HYOPEN 1-PACK .....	70	IBRANCE .....	60
<i>galantamine</i> .....	106	GVOKE HYOPEN 2-PACK .....	70	<i>ibu</i> .....	100
GAMASTAN .....	4	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE .....	70	<i>ibuprofen</i> .....	100
GAMMAGARD LIQUID .....	4	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE .....	70	<i>icatibant</i> .....	110
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		HAEGARDA .....	110	<i>iclevia</i> .....	43
MCG/ML) .....	4	<i>hailey 24 fe</i> .....	43	ICLUSIG .....	60
GAMMAKED .....	4	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	43	IDHIFA .....	60
GAMMAPLEX .....	4	<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	43	<i>imatinib</i> .....	60
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) .....	4	<i>halobetasol propionate</i> .....	81, 82	IMBRUVICA .....	60
GAMUNEX-C .....	4	<i>haloette</i> .....	48	<i>imipenem-cilastatin</i> .....	37
<i>ganciclovir sodium</i> .....	32	<i>haloperidol</i> .....	92	<i>imipramine hcl</i> .....	92
GARDASIL 9 (PF) .....	4	<i>haloperidol decanoate</i> .....	91	<i>imiquimod</i> .....	85
<i>gatifloxacin</i> .....	24	<i>haloperidol lactate</i> .....	91, 92	IMOVAX RABIES VACCINE (PF) .....	4
GATTEX 30-VIAL .....	52	HAVRIX (PF) .....	4	<i>incassia</i> .....	49
GATTEX ONE-VIAL .....	52	<i>heather</i> .....	49	INCRELEX .....	40
GAUZE PAD .....	54	<i>heparin (porcine)</i> .....	11	INCRUSE ELLIPTA .....	110
<i>gavilyte-c</i> .....	52	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> .....	11	<i>indapamide</i> .....	15
<i>gavilyte-g</i> .....	52	HEPARIN(PORCINE) IN 0.45%		INFANRIX (DTAP) (PF) .....	4
GAVRETO .....	59	NACL .....	11	INFLECTRA .....	52
<i>gefitinib</i> .....	59	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> .....	11	INLYTA .....	60
<i>gemcitabine</i> .....	59	HEPLISAV-B (PF) .....	4	INQOVI .....	60
GEMCITABINE .....	59	HIBERIX (PF) .....	4	INREBIC .....	60
<i>gemfibrozil</i> .....	12	HUMIRA .....	78	INSULIN ASP PRT-INSULIN	
<i>gemmily</i> .....	43	HUMIRA PEN .....	78	ASPART .....	70
<i>generlac</i> .....	52	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-		INSULIN ASPART U-100 .....	71
<i>engraf</i> .....	59	ADOL HS .....	78	INSULIN DEGLUDEC .....	71
<i>gentak</i> .....	24	HUMIRA(CF) .....	79	INSULIN GLARGINE U-300 CONC	71
<i>gentamicin</i> .....	24, 37, 82	HUMIRA(CF) PEN .....	79	INSULIN GLARGINE-YFGN .....	71
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> .....	37	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-		INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> .....	37	HS .....	78	100 .....	54
GENVOYA .....	32	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	78	INTELENCE .....	32
GILOTRIF .....	59	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		<i>intralipid</i> .....	22
<i>glatiramer</i> .....	106	ADOL HS .....	78	<i>introvale</i> .....	43
<i>glatopa</i> .....	106	HUMULIN R U-500 (CONC)		INVEGA HAFYERA .....	92
GLEOSTINE .....	59, 60	INSULIN .....	70	INVEGA SUSTENNA .....	92
<i>glimepiride</i> .....	70	HUMULIN R U-500 (CONC)		INVEGA TRINZA .....	92
<i>glipizide</i> .....	70	KWIKPEN .....	70	IPOL .....	4
<i>glipizide-metformin</i> .....	70	<i>hydralazine</i> .....	15	<i>ipratropium bromide</i> .....	19, 110

<i>ipratropium-albuterol</i> .....	110	<i>ketoconazole</i> .....	35, 82	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i> ....	103
<i>irbesartan</i> .....	15	<i>ketorolac</i> .....	23	<i>levobunolol</i> .....	25
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	16	KEYTRUDA.....	61	<i>levocarnitine</i> .....	41
<i>irinotecan</i> .....	60	KINRIX (PF).....	5	<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	41
ISENTRESS.....	32	<i>kionex (with sorbitol)</i> .....	40	<i>levocetirizine</i> .....	108
ISENTRESS HD.....	32	KISQALI.....	61	<i>levofloxacin</i> .....	35
<i>isibloom</i> .....	43	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	61	<i>levofloxacin in d5w</i> .....	35
ISOLYTE S PH 7.4.....	22	<i>klayesta</i> .....	82	<i>levonest (28)</i> .....	44
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	22	<i>klor-con</i> .....	20	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ....	45
ISOLYTE-S.....	22	<i>klor-con 10</i> .....	20	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	45
<i>isoniazid</i> .....	37	<i>klor-con 8</i> .....	20	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	45
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	10	<i>klor-con m10</i> .....	20	<i>levora-28</i> .....	45
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	10	<i>klor-con m15</i> .....	20	<i>levo-t</i> .....	74
<i>isotretinoin</i> .....	84	<i>klor-con m20</i> .....	20	<i>levothyroxine</i> .....	74
<i>isradipine</i> .....	16	KORLYM.....	75	<i>levoxyl</i> .....	74
<i>itraconazole</i> .....	35	KOSELUGO.....	61	LEXIVA.....	32
<i>ivabradine</i> .....	19	<i>kourzeq</i> .....	20	LIBERVANT.....	103
<i>ivermectin</i> .....	37	KRAZATI.....	61	<i>lidocaine</i> .....	86
IWILFIN.....	61	<i>kurvelo (28)</i> .....	44	<i>lidocaine (pf)</i> .....	86
IXCHIQ (PF).....	4	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> ....	44	<i>lidocaine hcl</i> .....	86
IXIARO (PF).....	5	<i>labetalol</i> .....	16	<i>lidocaine viscous</i> .....	86
JAKAFI.....	61	<i>lacosamide</i> .....	103	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	86
<i>jantoven</i> .....	11	<i>lactated ringers</i> .....	20	<i>lidocan iii</i> .....	86
JANUMET.....	71	<i>lactulose</i> .....	52	<i>lidocan iv</i> .....	86
JANUMET XR.....	71	<i>lamivudine</i> .....	32	<i>lidocan v</i> .....	86
JANUVIA.....	71	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	32	LILETTA.....	48
JARDIANCE.....	71	<i>lamotrigine</i> .....	103	<i>linezolid</i> .....	37
<i>jasmiel (28)</i> .....	43	<i>lanreotide</i> .....	61	<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	37
JAYPIRCA.....	61	<i>lansoprazole</i> .....	50	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> ...	37
JENTADUETO.....	71	<i>lapatinib</i> .....	61	LINZESS.....	52
JENTADUETO XR.....	71	<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	44	<i>liothyronine</i> .....	74
<i>jinteli</i> .....	49	<i>larin 1/20 (21)</i> .....	44	<i>lisdexamfetamine</i> .....	92, 93
<i>jolessa</i> .....	44	<i>larin 24 fe</i> .....	44	<i>lisinopril</i> .....	16
<i>juleber</i> .....	44	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	44	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ....	16
JULUCA.....	32	<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	44	<i>lithium carbonate</i> .....	93
<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	44	<i>latanoprost</i> .....	25	<i>lithium citrate</i> .....	93
<i>junel 1/20 (21)</i> .....	44	<i>layolis fe</i> .....	44	LIVTENCITY.....	32
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	44	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	32	LOKELMA.....	41
<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	44	<i>leflunomide</i> .....	79	LONSURF.....	62
<i>junel fe 24</i> .....	44	<i>lenalidomide</i> .....	61	<i>loperamide</i> .....	51
JYNNEOS (PF).....	5	LENVIMA.....	61, 62	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	32
KADCYLA.....	61	<i>lessina</i> .....	44	<i>lorazepam</i> .....	93
<i>kaitlib fe</i> .....	44	<i>letrozole</i> .....	62	<i>lorazepam intensol</i> .....	93
KALYDECO.....	110	<i>leucovorin calcium</i> .....	55	LORBRENA.....	62
<i>kariva (28)</i> .....	44	LEUKERAN.....	62	<i>loryna (28)</i> .....	45
<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	44	<i>leuprolide</i> .....	62	<i>losartan</i> .....	16
<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	44	<i>levabuterol hcl</i> .....	110	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ....	16
KERENDIA.....	16	<i>levetiracetam</i> .....	103	<i>loteprednol etabonate</i> .....	24



<i>lovastatin</i> .....	12	<i>methotrexate sodium</i> .....	63	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ....	35
<i>low-ogestrel (28)</i> .....	45	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	63	MRESVIA (PF).....	5
<i>loxapine succinate</i> .....	93	<i>methsuximide</i> .....	103	MULTAQ.....	9
<i>lubiprostone</i> .....	52	<i>methylphenidate hcl</i> .....	93	<i>mupirocin</i> .....	82
LUMAKRAS.....	62	<i>methylprednisolone</i> .....	76	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	63
LUMIGAN.....	25	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	76	<i>mycophenolate sodium</i> .....	63
LUMIZYME.....	75	<i>methylprednisolone sodium</i>		<i>myorisan</i> .....	84
LUPRON DEPOT.....	62	<i>succ</i> .....	76	MYRBETRIQ.....	8
<i>lurasidone</i> .....	93	<i>metoclopramide hcl</i> .....	52, 53	<i>nabumetone</i> .....	100
<i>lutea (28)</i> .....	45	<i>metolazone</i> .....	16	<i>nadolol</i> .....	16
<i>lyleq</i> .....	49	<i>metoprolol succinate</i> .....	16	<i>nafacillin</i> .....	30
<i>lyllana</i> .....	49	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	16	<i>nafacillin in dextrose iso-osm</i> .....	29
LYNPARZA.....	62	<i>metoprolol tartrate</i> .....	16	<i>naftifine</i> .....	83
LYSODREN.....	62	<i>metro i.v.</i> .....	37	NAGLAZYME.....	75
LYTGOBI.....	62	<i>metronidazole</i> .....	37, 48, 84	<i>nalbuphine</i> .....	100
<i>lyza</i> .....	49	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> .....	37	<i>naloxone</i> .....	100
<i>magnesium sulfate</i> .....	20	<i>metyrosine</i> .....	16	<i>naltrexone</i> .....	100
MAGNESIUM SULFATE IN D5W..	20	<i>mexiletine</i> .....	9	NAMZARIC.....	107
<i>magnesium sulfate in water</i> .....	20	<i>mibelas 24 fe</i> .....	45	<i>naproxen</i> .....	100
<i>malathion</i> .....	85	<i>micafungin</i> .....	35	<i>naproxen sodium</i> .....	100
<i>maraviroc</i> .....	32	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	45	<i>naratriptan</i> .....	87
<i>marlissa (28)</i> .....	45	<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	45	NATACYN.....	24
MARPLAN.....	93	<i>microgestin 24 fe</i> .....	45	<i>nateglinide</i> .....	72
MATULANE.....	62	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> .....	45	NAYZILAM.....	103
<i>matzim la</i> .....	16	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	45	<i>neбиволol</i> .....	16
<i>meclizine</i> .....	52	<i>midodrine</i> .....	41	<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	45
<i>medroxyprogesterone</i> .....	49	<i>mifepristone</i> .....	75	<i>nefazodone</i> .....	94
<i>mefloquine</i> .....	37	<i>mili</i> .....	45	<i>neomycin</i> .....	37
<i>megestrol</i> .....	62	<i>mimvey</i> .....	49	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .....	23
MEKINIST.....	62	<i>minocycline</i> .....	30	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> ..	24
MEKTOVI.....	63	<i>minoxidil</i> .....	16	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>meloxicam</i> .....	100	<i>mirtazapine</i> .....	93	<i>dexameth</i> .....	23
<i>memantine</i> .....	107	<i>misoprostol</i> .....	50	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ..	24
MENACTRA (PF).....	5	M-M-R II (PF).....	5	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	19, 23
MENQUADFI (PF).....	5	<i>modafinil</i> .....	93, 94	NERLYNX.....	63
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)....	5	<i>moexipril</i> .....	16	<i>neuac</i> .....	85
<i>mercaptapurine</i> .....	63	<i>molindone</i> .....	94	NEUPRO.....	97
<i>meropenem</i> .....	37	<i>mometasone</i> .....	82, 110	<i>nevirapine</i> .....	32, 33
<i>mesalamine</i> .....	52	MONJUVI.....	63	NEXPLANON.....	48
<i>mesalamine with cleansing</i>		<i>mono-linyah</i> .....	45	<i>niacin</i> .....	13
<i>wipe</i> .....	52	<i>montelukast</i> .....	110	<i>nicardipine</i> .....	17
MESNEX.....	55	<i>morphine</i> .....	98, 99	NICOTROL.....	39
<i>metformin</i> .....	71, 72	MORPHINE.....	98	NICOTROL NS.....	39
<i>methadone</i> .....	98	<i>morphine (pf)</i> .....	98	<i>nifedipine</i> .....	17
<i>methadone intensol</i> .....	98	<i>morphine concentrate</i> .....	98	<i>nikki (28)</i> .....	45
<i>methazolamide</i> .....	25	MOUNJARO.....	72	<i>nilutamide</i> .....	63
<i>methenamine hippurate</i> .....	26	MOVANTIK.....	53	<i>nimodipine</i> .....	17
<i>methimazole</i> .....	73	<i>moxifloxacin</i> .....	24, 35	NINLARO.....	63

<i>nitazoxanide</i> .....	37	ODEFSEY .....	33	<i>paricalcitol</i> .....	75
<i>nitisinone</i> .....	41	ODOMZO .....	64	<i>paroxetine hcl</i> .....	94
<i>nitro-bid</i> .....	10	OFEV .....	110	PAXLOVID .....	33
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	26	<i>ofloxacin</i> .....	20, 24	<i>pazopanib</i> .....	64
<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>		OGSIVEO .....	64	PEDIARIX (PF) .....	5
<i>cryst</i> .....	26	OJEMDA .....	64	PEDVAX HIB (PF) .....	5
<i>nitroglycerin</i> .....	10, 53	OJJAARA .....	64	<i>peg 3350-electrolytes</i> .....	53
NIVESTYM .....	7	<i>olanzapine</i> .....	94	PEGASYS .....	8
<i>nizatidine</i> .....	50	<i>olmesartan</i> .....	17	<i>peg-electrolyte soln</i> .....	53
<i>nora-be</i> .....	49	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiamid</i> .....	17	PEMAZYRE .....	64
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> ...	48	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	17	<i>pemetrexed disodium</i> .....	64
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> .....	45	<i>olopatadine</i> .....	20	PEN NEEDLE, DIABETIC .....	55
<i>norethindrone (contraceptive)</i> ...	49	<i>omeprazole</i> .....	50	PENBRAYA (PF) .....	5
<i>norethindrone acetate</i> .....	49	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		<i>penicillamine</i> .....	79
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		KT(GEN5) .....	54	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE .....	30
.....	46, 50	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN		<i>penicillin g potassium</i> .....	30
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ...	46	5) .....	55	<i>penicillin g sodium</i> .....	30
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ...	46	OMNIPOD DASH INTRO KIT		<i>penicillin v potassium</i> .....	30
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	46	(GEN 4) .....	55	PENTACEL (PF) .....	5
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	46	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ..	55	<i>pentamidine</i> .....	37
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	46	OMNITROPE .....	7, 8	<i>pentoxifylline</i> .....	11
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	46	<i>ondansetron</i> .....	53	<i>perindopril erbumine</i> .....	17
<i>nortriptyline</i> .....	94	<i>ondansetron hcl</i> .....	53	<i>periogard</i> .....	20
NORVIR .....	33	<i>ondansetron hcl (pf)</i> .....	53	<i>permethrin</i> .....	85
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .....	72	ONUREG .....	64	<i>perphenazine</i> .....	94
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 .....	72	OPSUMIT .....	110	<i>pfizerpen-g</i> .....	30
NOVOLIN N FLEXPEN .....	72	ORGOVYX .....	64	<i>phenelzine</i> .....	94
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....	72	ORKAMBI .....	110	<i>phenobarbital</i> .....	103
NOVOLIN R FLEXPEN .....	72	ORSERDU .....	64	<i>phenobarbital sodium</i> .....	104
NOVOLIN R REGULAR U100		<i>oseltamivir</i> .....	33	<i>phenytoin</i> .....	104
INSULIN .....	72	OTEZLA .....	79	<i>phenytoin sodium</i> .....	104
NUBEQA .....	63	OTEZLA STARTER .....	79	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	104
NUDEXTA .....	107	<i>oxacillin</i> .....	30	<i>philith</i> .....	46
NULOJIX .....	63	<i>oxaliplatin</i> .....	64	PIFELTRO .....	33
NUPLAZID .....	94	<i>oxaprozin</i> .....	100	<i>pilocarpine hcl</i> .....	26, 41
NURTEC ODT .....	87	<i>oxcarbazepine</i> .....	103	<i>pimecrolimus</i> .....	86
<i>nyamyc</i> .....	83	<i>oxybutynin chloride</i> .....	8	<i>pimozide</i> .....	94
<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	46	<i>oxycodone</i> .....	99	<i>pimtrea (28)</i> .....	46
<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	46	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	99	<i>pindolol</i> .....	17
<i>nymyo</i> .....	46	OZEMPIC .....	72	<i>pioglitazone</i> .....	72
<i>nystatin</i> .....	35, 36, 83	<i>pacerone</i> .....	9	<i>pioglitazone-glimepiride</i> .....	72
<i>nystop</i> .....	83	<i>paclitaxel</i> .....	64	<i>pioglitazone-metformin</i> .....	72
NYVEPRIA .....	7	<i>paliperidone</i> .....	94	<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	30
OICALIVA .....	53	<i>pamidronate</i> .....	75	PIQRAY .....	64
<i>ocella</i> .....	46	PANRETIN .....	86	<i>pirfenidone</i> .....	110
OCREVUS .....	107	<i>pantoprazole</i> .....	50	<i>pirmella</i> .....	46
OCTAGAM .....	5	PANZYGA .....	5	<i>piroxicam</i> .....	100
<i>octreotide acetate</i> .....	63	<i>paraplatin</i> .....	64	<i>pitavastatin calcium</i> .....	13

PLASMA-LYTE A.....	22	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	53	REYATAZ.....	33
PLENAMINE.....	23	<i>procto-med hc</i> .....	53	REZLIDHIA.....	65
PLENVU.....	53	<i>proctosol hc</i> .....	53	REZUROCK.....	65
<i>podofilox</i> .....	86	<i>proctozone-hc</i> .....	53	RHOPRESSA.....	25
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ...	25	<i>progesterone</i> .....	50	<i>ribavirin</i> .....	33
POMALYST.....	65	<i>progesterone micronized</i> .....	50	<i>rifabutin</i> .....	38
<i>portia 28</i> .....	46	PROGRAF.....	65	<i>rifampin</i> .....	38
<i>posaconazole</i> .....	36	PROLASTIN-C.....	41	<i>riluzole</i> .....	41
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	20	PROLENSA.....	23	<i>rimantadine</i> .....	33
<i>potassium chloride</i> .....	21	PROLIA.....	80	RINVOQ.....	79
<i>potassium chloride in 0.9%nacl..</i>	21	PROMACTA.....	11	<i>risedronate</i> .....	41, 80
<i>potassium chloride in 5 % dex</i> ....	21	<i>promethazine</i> .....	108	RISPERDAL CONSTA.....	95
<i>potassium chloride in water</i> .....	21	<i>propafenone</i> .....	9	<i>risperidone</i> .....	95
<i>potassium chloride-0.45 % nacl..</i>	21	<i>propranolol</i> .....	17	<i>ritonavir</i> .....	33
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl.</i>	21	<i>propylthiouracil</i> .....	73	<i>rivastigmine</i> .....	107
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl.</i>	21	PROQUAD (PF).....	6	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	107
<i>potassium citrate</i> .....	9	<i>protriptyline</i> .....	94	<i>rivelsa</i> .....	46
PRALUENT PEN.....	13	PULMOZYME.....	110	<i>rizatriptan</i> .....	87
<i>pramipexole</i> .....	97	PURIXAN.....	65	ROCKLATAN.....	25
<i>prasugrel</i> .....	11	<i>pyrazinamide</i> .....	38	<i>roflumilast</i> .....	111
<i>pravastatin</i> .....	13	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	87	<i>ropinirole</i> .....	97
<i>praziquantel</i> .....	38	<i>pyrimethamine</i> .....	38	<i>rosuvastatin</i> .....	13
<i>prazosin</i> .....	17	QINLOCK.....	65	ROTARIX.....	6
<i>prednisolone</i> .....	76	QUADRACEL (PF).....	6	ROTATEQ VACCINE.....	6
<i>prednisolone acetate</i> .....	24	<i>quetiapine</i> .....	94, 95	<i>roweepra</i> .....	104
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	24, 76	QUETIAPINE.....	95	ROZLYTREK.....	65
<i>prednisone</i> .....	76, 77	<i>quinapril</i> .....	17	RUBRACA.....	65
<i>prednisone intensol</i> .....	76	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ....	17	<i>rufinamide</i> .....	104
<i>pregabalin</i> .....	104	<i>quinidine sulfate</i> .....	9	RUKOBIA.....	33
PREHEVBRIO (PF).....	5	<i>quinine sulfate</i> .....	38	RUXIENCE.....	65
PREMARIN.....	50	RABAVERT (PF).....	6	RYBELSUS.....	73
<i>premasol 10 %</i> .....	23	<i>rabeprazole</i> .....	50	RYDAPT.....	65
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ....	22	RADICAVA ORS.....	107	<i>sajazir</i> .....	111
<i>prevalite</i> .....	13	RADICAVA ORS STARTER KIT		SANDIMMUNE.....	65
PREVYMIS.....	33	SUSP.....	107	SANTYL.....	86
PREZCOBIX.....	33	<i>raloxifene</i> .....	80	<i>sapropterin</i> .....	75
PREZISTA.....	33	<i>ramipril</i> .....	17	SAVELLA.....	79
PRIFTIN.....	38	<i>ranolazine</i> .....	19	<i>saxagliptin</i> .....	73
PRIMAQUINE.....	38	<i>rasagiline</i> .....	97	SCSEMBLIX.....	65
PRIMIDONE.....	104	<i>reclipsen (28)</i> .....	46	<i>scopolamine base</i> .....	53
<i>primidone</i> .....	104	RECOMBIVAX HB (PF).....	6	SECUADO.....	95
PRIORIX (PF).....	6	RECTIV.....	53	<i>selegiline hcl</i> .....	97
PRIVIGEN.....	6	REGRANEX.....	86	<i>selenium sulfide</i> .....	83
<i>probenecid</i> .....	77	RELENZA DISKHALER.....	33	SELZENTRY.....	33
<i>probenecid-colchicine</i> .....	77	<i>repaglinide</i> .....	72, 73	SEREVENT DISKUS.....	111
<i>prochlorperazine</i> .....	53	RETACRIT.....	8	<i>sertraline</i> .....	95
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	53	RETEVMO.....	65	<i>setlakin</i> .....	46
		REXULTI.....	95	<i>sharobel</i> .....	50

SHINGRIX (PF).....	6	<i>sulfasalazine</i> .....	54	<i>testosterone</i> .....	75
SIGNIFOR.....	66	<i>sulindac</i> .....	100	<i>testosterone cypionate</i> .....	75
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	111	<i>sumatriptan</i> .....	87	<i>testosterone enanthate</i> .....	75
<i>silver sulfadiazine</i> .....	86	<i>sumatriptan succinate</i> .....	87	TETANUS,DIPHThERIA TOX	
<i>simvastatin</i> .....	13	<i>sunitinib malate</i> .....	66	PED(PF).....	7
<i>sirolimus</i> .....	66	SUNLENCA.....	34	<i>tetrabenazine</i> .....	107
SIRTURO.....	38	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	54	<i>tetracycline</i> .....	30
SKYRIZI.....	53, 54, 83	<i>syeda</i> .....	46	THALOMID.....	67
<i>sodium chloride</i> .....	21, 41	SYMDEKO.....	111	THEO-24.....	111
<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	21	SYMPAZAN.....	104	<i>theophylline</i> .....	111
<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	41	SYMTUZA.....	34	<i>thioridazine</i> .....	95
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i> ..	21	SYNJARDY.....	73	<i>thiothixene</i> .....	95
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i> ..	21	SYNJARDY XR.....	73	<i>tiadylt er</i> .....	18
SODIUM OXYBATE.....	95	SYNTHROID.....	74	<i>tiagabine</i> .....	104
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	41	TABLOID.....	66	TIBSOVO.....	67
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ....	41	TABRECTA.....	66	TICOVAC.....	7
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	54	<i>tacrolimus</i> .....	66, 86	<i>tigecycline</i> .....	38
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	33	<i>tadalafil</i> .....	9	<i>tilia fe</i> .....	47
<i>solifenacin</i> .....	8	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..	111	<i>timolol maleate</i> .....	18, 25
SOLQUA 100/33.....	73	TAFINLAR.....	66	<i>tinidazole</i> .....	38
SOLTAMOX.....	66	TAGRISSO.....	66	TIVICAY.....	34
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)...	77	TALVEY.....	66	TIVICAY PD.....	34
SOMATULINE DEPOT.....	66	TALZENNA.....	66	<i>tizanidine</i> .....	87
SOMAVERT.....	75	<i>tamoxifen</i> .....	66	TOBRADEX.....	23
<i>sorafenib</i> .....	66	<i>tamsulosin</i> .....	8	<i>tobramycin</i> .....	25
<i>sorine</i> .....	9	<i>tarina 24 fe</i> .....	47	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> .....	38
<i>sotalol</i> .....	9	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	47	<i>tobramycin sulfate</i> .....	38
<i>sotalol af</i> .....	9	TASIGNA.....	66, 67	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	23
<i>spironolactone</i> .....	17	<i>tazarotene</i> .....	85	<i>tolterodine</i> .....	8
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	17	<i>tazicef</i> .....	28	<i>tolvaptan</i> .....	75
<i>sprintec (28)</i> .....	46	<i>taztia xt</i> .....	17	<i>topiramate</i> .....	104
SPRITAM.....	104	TAZVERIK.....	67	<i>toremifene</i> .....	67
SPRYCEL.....	66	TDVAX.....	6	<i>torsemide</i> .....	18
<i>sps (with sorbitol)</i> .....	41	TECENTRIQ.....	67	TRADJENTA.....	73
<i>sronyx</i> .....	46	TEFLARO.....	28	<i>tramadol</i> .....	100
<i>ssd</i> .....	86	<i>telmisartan</i> .....	17	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	100
STAMARIL (PF).....	6	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	18	<i>trandolapril</i> .....	18
STELARA.....	83	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	18	<i>tranexamic acid</i> .....	48
STIVARGA.....	66	<i>temazepam</i> .....	95	<i>tranylcypramine</i> .....	95
STREPTOMYCIN.....	38	TENIVAC (PF).....	6	<i>travasol 10 %</i> .....	23
STRIBILD.....	33	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ....	34	<i>travoprost</i> .....	25
SUCRAID.....	54	TEPMETKO.....	67	TRAZIMERA.....	67
<i>sucrafate</i> .....	51	<i>terazosin</i> .....	18	<i>trazodone</i> .....	95
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	26	<i>terbinafine hcl</i> .....	36	TRECTOR.....	38
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	82	<i>terbutaline</i> .....	111	TRELEGY ELLIPTA.....	111
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	26	<i>terconazole</i> .....	48	TREMFYA.....	84
<i>sulfadiazine</i> .....	26	<i>teriflunomide</i> .....	107	<i>treprostinil sodium</i> .....	18
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..	26	TERIPARATIDE.....	80	<i>tretinoin</i> .....	85

<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	67	VALCHLOR.....	86	<i>water for irrigation, sterile</i> .....	41
<i>tretinoin microspheres</i> .....	85	<i>valganciclovir</i> .....	34	WELIREG.....	68
<i>triamcinolone acetonide</i> .....	20, 82	<i>valproate sodium</i> .....	104	<i>wera (28)</i> .....	47
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> .....	18	<i>valproic acid</i> .....	105	<i>wymzya fe</i> .....	47
<i>tridacaine</i> .....	86	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ...	104	XALKORI.....	68
<i>tridacaine ii</i> .....	86	<i>valsartan</i> .....	18	XARELTO.....	11
<i>tridacaine iii</i> .....	86	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ....	18	XARELTO DVT-PE TREAT 30D	
<i>triderm</i> .....	82	VALTOCO.....	105	START.....	11
<i>trientine</i> .....	41	<i>vancomycin</i> .....	38, 39	XATMEP.....	68
<i>tri-estarylla</i> .....	47	VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM		XCOPRI.....	105
<i>trifluoperazine</i> .....	95	CHL.....	38	XCOPRI MAINTENANCE PACK...	105
<i>trifluridine</i> .....	25	VANFLYTA.....	67	XCOPRI TITRATION PACK.....	105
<i>trihexyphenidyl</i> .....	97	VAQTA (PF).....	7	XDEMZY.....	26
TRIJARDY XR.....	73	<i>varenicline</i> .....	39	XERMELO.....	68
TRIKAFTA.....	111	VARIVAX (PF).....	7	XGEVA.....	55
<i>tri-legest fe</i> .....	47	VASCEPA.....	13	XIFAXAN.....	39
<i>tri-linyah</i> .....	47	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ....	47	XIGDUO XR.....	73
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	47	VEMLIDY.....	34	XOLAIR.....	111, 112
<i>tri-lo-marzia</i> .....	47	VENCLEXTA.....	67	XOSPATA.....	68
<i>tri-lo-mili</i> .....	47	VENCLEXTA STARTING PACK.....	67	XPOVIO.....	68, 69
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	47	<i>venlafaxine</i> .....	96	XTANDI.....	69
<i>trimethoprim</i> .....	26	VENTOLIN HFA.....	111	<i>xulane</i> .....	48
<i>tri-mili</i> .....	47	<i>verapamil</i> .....	18	XULTOPHY 100/3.6.....	73
<i>trimipramine</i> .....	95	VERQUVO.....	19	YF-VAX (PF).....	7
TRINTELLIX.....	95	VERSACLOZ.....	96	YUFLYMA(CF).....	80
<i>tri-nymyo</i> .....	47	VERZENIO.....	67	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-	
<i>tri-sprintec (28)</i> .....	47	<i>vestura (28)</i> .....	47	HS.....	79
TRIUMEQ.....	34	<i>vienna</i> .....	47	YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR...	79
TRIUMEQ PD.....	34	<i>vigabatrin</i> .....	105	<i>yuvaferm</i> .....	50
<i>trivora (28)</i> .....	47	<i>vigadrone</i> .....	105	<i>zafemy</i> .....	48
<i>tri-vylibra</i> .....	47	<i>vigpoder</i> .....	105	<i>zafirlukast</i> .....	112
<i>tri-vylibra lo</i> .....	47	<i>vilazodone</i> .....	96	ZEJULA.....	69
TRIZIVIR.....	34	<i>vincristine</i> .....	67	ZELBORAF.....	69
TROGARZO.....	34	<i>vinorelbine</i> .....	68	<i>zenatane</i> .....	85
TROPHAMINE 10 %.....	23	<i>viorele (28)</i> .....	47	ZENPEP.....	54
<i>trospium</i> .....	9	VIRACEPT.....	34	<i>zidovudine</i> .....	34
TRULANCE.....	54	VIREAD.....	34	<i>ziprasidone hcl</i> .....	96
TRULICITY.....	73	VITRAKVI.....	68	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	96
TRUMENBA.....	7	VIVITROL.....	100	ZIRABEV.....	69
TRUQAP.....	67	VIZIMPRO.....	68	ZIRGAN.....	25
TUKYSA.....	67	VONJO.....	68	<i>zoledronic acid</i> .....	75
TURALIO.....	67	<i>voriconazole</i> .....	36	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	
<i>turqoz (28)</i> .....	47	VOWST.....	54	.....	41, 76
TWINRIX (PF).....	7	VRAYLAR.....	96	ZOLINZA.....	69
TYPHIM VI.....	7	<i>vyfemla (28)</i> .....	47	<i>zolmitriptan</i> .....	88
<i>unithroid</i> .....	74	<i>vylibra</i> .....	47	<i>zolpidem</i> .....	96
<i>ursodiol</i> .....	54	VYNDAQEL.....	19	ZONISADE.....	105
<i>valacyclovir</i> .....	34	<i>warfarin</i> .....	11	<i>zonisamide</i> .....	105

<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	48
ZTALMY.....	105
<i>zumandimine (28)</i> .....	48
ZURZUVAE.....	96
ZYDELIG.....	69
ZYKADIA.....	69
ZYPREXA RELPREVV.....	96

'WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. က ပံ့ပိုးပေးထားသော အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်သည့် Ohana Health Plan

"Wellcare" ကို Washington, Inc. ၏ Coordinated Care က ထုတ်ဝေပါသည်။

Louisiana D-SNP အဖွဲ့ဝင်များ- Wellcare HMO D-SNP အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအနေဖြင့် သင့်တွင် Medicare နှင့် Medicaid နှစ်ခုလုံးထံမှ အာမခံဝန်ဆောင်မှု ရှိသည်။ Wellcare မှတစ်ဆင့် သင်၏ Medicare ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု နှင့် ဆရာဝန်ညွှန်သည့်ဆေးဝါး အာမခံဝန်ဆောင်မှုကို လက်ခံရရှိပြီး Louisiana Medicaid မှတစ်ဆင့် နောက်ထပ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အာမခံဝန်ဆောင်မှုကိုလည်း လက်ခံရရှိရန် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီပါသည်။ [www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider](http://www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider) သို့မဟုတ်

<https://www.louisianahealthconnect.com> သို့ သွားရောက်၍ Louisiana Medicaid တွင် ပါဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှု ပေးသူများအကြောင်း ပိုမိုလေ့လာပါ။ Louisiana Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အသေးစိတ် အချက်အလက်များကိုသိရှိရန် Medicaid ဝက်ဘ်ဆိုက်ဖြစ်သည့် <https://ldh.la.gov/medicaid> တွင် ဝင်ရောက် ကြည့်ရှုပြီး "Learn about Medicaid Services" (Medicaid ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း လေ့လာမည်) လင့်ခ်ကို ရွေးချယ်ပါ။ စာဖြင့်ရေးသားထားသော ကျွန်ုပ်တို့၏ Medicaid ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ လမ်းညွှန်မိတ္တူကို တောင်းဆိုရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပေးပါ။

Louisiana D-SNP အလားအလာရှိသော စာရင်းသွင်းသူများ- Louisiana Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို သိရှိရန် Medicaid ဝက်ဘ်ဆိုက် <https://ldh.la.gov/medicaid> သို့မဟုတ် <https://www.louisianahealthconnect.com> တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။ ကျွန်ုပ်တို့၏ Medicaid ဝန်ဆောင်မှုပေး သူလမ်းညွှန် မိတ္တူစာရွက်ကို တောင်းဆိုလိုပါက ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။

သတိပြုရန်- TennCare တွင် သင့်လျော်သော စရိတ်မျှခံသည့် ပမာဏများမှလွဲ၍ ဤအကျိုးခံစားခွင့်များ အတွက် ငွေပေးချေရန် တာဝန်မရှိပါ။ TennCare သည် ဤအကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိနိုင်မှု သို့မဟုတ် ၎င်းတို့၏ အရည်အသွေးကို အာမခံရန် တာဝန်မရှိပါ။ သမားရိုးကျ Medicare အကျိုးခံစားခွင့်များထက် ပို၍ကျော် လွန်သော အကျိုးခံစားခွင့်မှန်သမျှသည် Wellcare Medicare Advantage နှင့်သာ သက်ဆိုင်ပြီး Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များ တိုးလာသည်ဟု မဆိုလိုပါ။

Texas D-SNP အဖွဲ့ဝင်များ- Wellcare HMO D-SNP အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအနေဖြင့် သင့်တွင် Medicare နှင့် Medicaid နှစ်ခုလုံး ခံစားခွင့်ရှိသည်။ သင်သည် သင်၏ Medicare ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဆရာဝန်ညွှန်ဆေးဝါး အာမခံကို Wellcare မှတစ်ဆင့် ရရှိထားပြီး Texas Medicaid မှတစ်ဆင့်လည်း နောက်ထပ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အာမခံဝန်ဆောင်မှုတို့ကို လက်ခံရရှိရန် အရည်အချင်း ပြည့်မီပါသည်။ <https://www.wellcarefindaprovider.com/navigate-a-network.html> သို့ ဝင်ရောက် ကြည့်ရှုပြီး Texas Medicaid တွင် ပါဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအကြောင်းကို ပိုမိုလေ့လာပါ။

Texas Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များအကြောင်း အသေးစိတ်ပိုမိုသိရှိရန် Texas Medicaid ဝက်ဘ်ဆိုက် <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus> တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။ စာဖြင့်ရေးသားထားသော ကျွန်ုပ်တို့၏ Medicaid ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ လမ်းညွှန်မိတ္တူကို တောင်းဆိုရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပေးပါ။

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Lao:** ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົນພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄືນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການພຣີ.

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

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

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

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

**Chinese (Mandarin):** 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-800-247-1447 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

**Chinese (Cantonese):** 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-800-247-1447 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-800-247-1447(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوْفِر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-247-1447 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-800-247-1447 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

**Italian:** Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-800-247-1447 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-800-247-1447 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-800-247-1447 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-247-1447 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-247-1447 (TTY: 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

**Albanian:** Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'u përgjigjur për çdo pyetje që mund të keni lidhur me planin tonë shëndetësor ose të barnave. Për t'u lidhur me një interpret, na telefononi në numrin 1-800-247-1447 (TTY: 711). Një person që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

**Urdu:** ہمارے صحت یا منشیات کے منصوبے کے متعلق آپ کے سوالات کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت انٹرپریٹر سروسز ہیں۔ انٹرپریٹر حاصل کرنے کے لیے، بس ہمیں اس نمبر پر کال کریں 1-800-247-1447 (TTY: 711)۔ اردو زبان بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

**Benga:** Tina zéma za mbumba za mbósi zi kual a ebi búló ekoté ya anyi mbi ya mbúno ya wumbúlu o ya vóta. Ku kual a mbumba, betha ne ka naamba ya 1-800-247-1447 (TTY: 711). Muntu oozáni Benga onibisa. Iyi ni zéma ya mbósi.

**Greek:** Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσία διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψης. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-800-247-1447 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.

**Yiddish:** מיר האבן אומזיסטע איבערטייטשונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגן איר קענט האבן וועגן אייער געזונט אדער מעדיצין פלאן. צו באקומען אן איבערטייטשער, דארפט איר אונדז בלויז רופן אויף 1-800-247-1447 (TTY: 711). איינער וואס רעדט יידיש קען אייך העלפן. די סערוויס איז אומזיסט.

**Bengali:** আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের 1-800-247-1447 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

## **Discrimination Is Against the Law**

Wellcare By Allwell complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Wellcare By Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

### **Wellcare By Allwell:**

- Provides aids and services, at no cost, to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides language services, at no cost, to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters and
  - Information written in other languages.

### **If you need these services, contact Member Services at:**

Wellcare By Allwell: **1-844-428-2224** (TTY/TDD: **711**). Between October 1 and March 31, representatives are available seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you believe that Wellcare By Allwell failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance with:

**1557 Coordinator**

**PO Box 31384, Tampa, FL 33631**

**1-855-577-8234**

**TTY/TDD: 711**

**Fax: 1-866-388-1769**

**Email: [SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com)**

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination. If you need help filing a grievance, our 1557 Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TTY/TDD).

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## La discriminación es un delito

Wellcare By Allwell cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Wellcare By Allwell no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

### Wellcare By Allwell proporciona:

- Brinda asistencia y servicios, sin costo alguno, a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas sin costo para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados e
  - Información escrita en otros idiomas.

### Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al:

Wellcare By Allwell: **1-844-428-2224** (TTY/TDD: **711**). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Si considera que Wellcare By Allwell no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

**1557 Coordinator**

**PO Box 31384, Tampa, FL 33631**

**1-855-577-8234**

**TTY/TDD: 711**

**Fax: 1-866-388-1769**

**Email: [SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com)**

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. La queja debe presentarse por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja advierta lo que considera discriminación. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador 1557 está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TTY/TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.



If you, or someone you are helping, have questions about Wellcare By Allwell, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive oral interpretation, ASL, written translation, or auxiliary services, please contact Member Services at **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Spanish:** Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Wellcare By Allwell y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir interpretación oral, lengua de signos americana (ASL), traducción escrita o servicios auxiliares, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Navajo:** Daa ni, doodaii la'da ni'bineesh'a dzaadi, be'esdzááh na'ídíkid 'aa Wellcare By Allwell, dóó bineesh'a góó t'oo 'adee naash'ne di Bilagaana bizaad, ni be'esdzááh la' t'áá 'áko góó bil hánish'áásh dzaadi dóó bíka'ashkíd di nihí saad gi 'ádin t'áadoo báahilinigoo dóó di léi na'alkid lahgo 'át'éego. Dáá ni, doodaii la'da ni'bineesh'a dzaadi, be'esdzááh la nish'j dóó/doodaii na'ach'aah 'ahooszoli eii biniish'laah bil'alnaa'alwo, ni be'esdzááh la' t'aa 'ako góó baa yíltsoós 'ooljee'lahgo 'anaa'niil bika'iishyeed dóó tse'esgizii gi 'adin t'áadoo baahilinigoo dóó di léi na'alkid lahgo 'át'éego. Góó yíltsoós saad náánalahdée' doodaii 'ooljee'lahgo 'anaa'niil tse'esgizii, Bilagáana 'atiingii 'i'ii'ahigii dine bizaad (ASL), t'aa shoodi deistsé' 'Anishtah Tse'esgizii gi **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Chinese (Mandarin):** 如果您或您帮助的人对 Wellcare By Allwell 有疑问，并且不精通英语，则您有权免费、及时获得以您的语言提供的帮助和信息。如果您或您帮助的人患有听觉和/或视觉方面的疾病，会阻碍沟通，则您有权免费、及时获得辅助工具和服务。要获得口译、美国手语 (ASL)、笔译或辅助服务，请致电 **1-844-428-2224 (TTY 711)** 联系会员服务部。

**Chinese (Cantonese):** 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Wellcare By Allwell 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得口譯，美國手語 (ASL)，書面翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 **1-844-428-2224 (TTY 711)**。

**Vietnamese:** Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Wellcare By Allwell và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch Ngôn ngữ ký hiệu Mỹ (ASL) hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Arabic:** إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Wellcare By Allwell، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلكي الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعدك تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلكي الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة الشفهية أو لغة الإشارة الأمريكية (ASL) أو الترجمة الكتابية أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Tagalog:** Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Wellcare By Allwell, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng pasalitang pagsasalin, ASL, pasulat na pagsasalin, o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Korean:** 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Wellcare By Allwell에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 구두 통역, ASL, 서면 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 **1-844-428-2224(TTY 711)**번으로 가입자 서비스부에 연락해주시요.

**French:** Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos de Wellcare By Allwell et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services d'interprétation, de langue des signes américaine (ASL), de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**German:** Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Wellcare By Allwell hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Für mündliche Verdolmetschungen in andere Sprachen und in amerikanische Gebärdensprache (ASL), schriftliche Übersetzungen oder weitere Unterstützung wenden Sie sich bitte an unseren Kundendienst unter **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Russian:** Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Wellcare By Allwell, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг устного перевода, перевода на американский жестовый язык (ASL), письменного перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру **1-844-428-2224 (TTY 711)**.

**Japanese:** ご自身やあなたが介護している他の人が、Wellcare By Allwellについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。通訳やアメリカ手話 (ASL)、翻訳、補助サービスを受けるには、**1-844-428-2224 (TTY 711)**のメンバーサービスにご連絡ください。

**(Farsi) Persian:** اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید، سوالی درباره Wellcare By Allwell دارید، و انگلیسی نمی‌دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می‌کند، حق دارید کمک‌ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت خدمات ترجمه شفاهی، زبان اشاره امریکایی (ASL)، ترجمه کتبی، یا کمک‌های امدادی لطفاً با خدمات اعضا به شماره **1-844-428-2224 (TTY 711)** تماس بگیرید.



**English:** You can get this communication in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 1-844-867-1156 or TTY 711. We accept relay calls.

You can get help from a certified and qualified health care interpreter.

**Spanish:** Puede obtener esta información en otros idiomas, en letra de imprenta grande, en braille o en un formato de su preferencia. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al 1-844-867-1156; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Puede obtener la asistencia de un intérprete certificado y calificado en atención médica.

**Russian:** Вы можете получить данное сообщение на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтительном формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Такая помощь предоставляется бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-867-1156 или TTY 711. Мы принимаем звонки через коммутаторную службу.

Вам может оказать помощь дипломированный переводчик с квалификацией в области здравоохранения.

**Vietnamese:** Quý vị có thể lấy thông tin này bằng các ngôn ngữ khác, bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi hoặc định dạng yêu thích. Quý vị cũng có thể yêu cầu thông dịch viên. Trợ giúp này miễn phí. Gọi số 1-844-867-1156 hoặc TTY 711. Chúng tôi chấp nhận cuộc gọi chuyển tiếp.

Quý vị có thể được thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có chứng nhận và đủ năng lực trợ giúp.

**Arabic:** يمكنك الحصول على هذه المعلومات بلغات أخرى أو بطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو بتنسيق آخر تفضله. يمكنك أيضًا طلب خدمات مترجم فوري، وهذه المساعدة مجانية. اتصل على الرقم 1-844-867-1156 أو TTY 711. نقبل مكالمات الترحيل.

يمكنك الحصول على مساعدة من مترجم فوري معتمد ومؤهل لشؤون الرعاية الصحية.

**Somali:** Waxaad ku heli kartaa ee isgaarsiintan luqado kale, far waaweyn, farta indhoolaha ama qaabka aad doorbideyso. Waxaad ee sidoo kale codsan kartaa turjumaan. Caawimadani waa bilaash. Wac 1-844-867-1156 ama TTY 711. Waxaan aqbalnaa wicitaanada gudbinta

Waxaad caawimo ka heli kartaa turjumaan daryeel caafimaad oo shahaado haysta oo aqoon leh.

**Simplified Chinese:** 您可以使用其他语言、大号字体、盲文或您喜欢的方式 行交流。您也可以要求提供口服。此服务免。致 1-844-867-1156 或 打免 TTY 711。我 接受 接来。

您可以从 过 的有 的医 口 处获得帮助。

**Traditional Chinese:** 您可以選擇以其他語言、大字版、點字版或您偏好的格式獲取此通訊。您也可以要求口譯員服務。此服務為免費提供。請撥打 1-844-867-1156 或 TTY 711。我們接受轉接來電。

您可以獲得經認證之合格健康照護口譯員的協助。

**Korean:** 가입자는 이 문서를 다른 언어, 대형 인쇄체, 점자 또는 선호하는 형식으로 받을 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 이러한 지원은 무료입니다. 1-844-867-1156 또는 TTY 711번으로 전화해 주십시오. 릴레이 통화도 가능합니다.

인증 및 유자격 의료 통역사의 도움을 받을 수 있습니다.

**Chuukese:** Ka tongeni kuna ei pwan non ekoch kapasen fanu, awattei mak, kewe tikitik faniten chuun ika met sokkun format (ititin om mak ka mochen) en mi mochen. Ka tongeni eis emon chon chiaku epwe anisuk. Mi free ei aninis. Kori ei nampa 1-844-867-1156 ika TTY 711. Am mi etiwa aninisin kewe mi ter rese tongeni koko.

Ka tongeni kuna aninis seni ekewe mi tufich chon health care chiaku.

**Ukrainian:** Ви можете отримати це повідомлення іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або іншому форматі за вашим бажанням. Ви також можете отримати допомогу перекладача. Ця допомога безкоштовна. Телефонуйте за номером 1-844-867-1156 або TTY 711. Ми приймаємо перенаправлені дзвінки.

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

**Farsi:** می‌توانید این مطلب را به زبان‌های دیگر، چاپ درشت، خط بریل یا با فرمتی که ترجیح می‌دهید دریافت کنید. همچنین می‌توانید درخواست مترجم کنید. این کمک رایگان است. با شماره 1-844-867-1156 یا TTY 711 تماس بگیرید. ما تماس‌های رله مخصوص ناشنویان را می‌پذیریم. می‌توانید از یک مترجم کادر درمانی مجرب و دارای مجوز کمک بگیرید.

**Swahili:** Unaweza kupata mawasiliano haya katika lugha zingine, maandishi makubwa, Breli au muundo unaopendelea. Unaweza pia kuomba huduma za mkalimani. Huu ni usaidizi wa bila malipo. Piga simu kwa 1-844-867-1156 au TTY 711. Tunakubali upigaji simu za relay.

Unaweza kupata msaada kutoka kwa mkalimani wa huduma za afya aliyethibitishwa na aliyehitimu.

**Burmese:** ဤစာကို အခြားဘာသာစကားများ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် သင်နဲ့သက်ရာပုံစံဖြင့် ရယူနိုင်ပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးကိုလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီမှာ အခမဲ့ဖြစ်သည်။ 1-844-867-1156 သို့မဟုတ် TTY 711 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။ ဆွံ့အ နားမကြားသူများ၏ တစ်ဆင့်ခံခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါသည်။

အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ရထားသော အရည်အချင်းမီ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စကားပြန်ထံမှ အကူအညီကို ရယူနိုင်ပါသည်။

**Amharic:** ይህን መልሶክት በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልልቅ ፊደላት፣ በብሬል ወይም እርስዎ በሚመርጡት ቅርጽ ማግኘት ይችላሉ። አስተርጓሚ እንዲቀርብልዎ መጠየቅ ይችላሉ። ይህ እገዛ የሚቀርበው በነጻ ነው። ወደ 1-844-867-1156 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የማዘሪያ ጥሪዎችንም እንቀበላለን።

ከተመሰከረላት እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ እርዳታ ማግኘት ይችላሉ።

**Romanian:** Puteți obține această comunicare în alte limbi, cu scris mare, în Braille sau într-un format preferat de dvs. De asemenea, puteți solicita asistența unui interpret. Această asistență este oferită gratuit. Sunați la 1-844-867-1156 sau TTY 711. Acceptăm și serviciile de apeluri pentru persoane cu dizabilități de auz și/sau de vorbire.

Puteți primi asistență din partea unui interpret certificat și calificat în domeniul medical.

# လူမျိုး၊ မျိုးနွယ်စုနှင့် ဘာသာစကားဆိုင်ရာ အချက်အလက် (REL)

Wellcare By Allwell သည် သင့်လူမျိုး၊ မျိုးနွယ်စုနှင့် ဘာသာစကား (REL) အချက်အလက်များကို သီးသန့်ထားရှိရန် ကတိပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ရန် အောက်ပါနည်းလမ်းအချို့ကို အသုံးပြုသည်-

- စာရွက်စာတမ်းမှတ်တမ်းများကို သော့ခတ်ထားသော ဖိုင်ဗီရိုများတွင် သိမ်းဆည်းခြင်း။
- အီလက်ထရောနစ်အချက်အလက်အားလုံးကို အကောင်အထည်ရှိပြီး စိတ်ချရသည့် ကြားခံတွင် သိမ်းဆည်းရန် သတ်မှတ်ထားခြင်း။
- သင့်အီလက်ထရောနစ်အချက်အလက်များကို စကားဝှက်ဖြင့် ကာကွယ်ထားသော ဖိုင်များတွင် ထိန်းသိမ်းခြင်း။

ကျွန်ုပ်တို့၏ တာဝန်ကို ဆောင်ရွက်ရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့် REL အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမှု သို့မဟုတ် မျှဝေမှုရှိနိုင်သည်။ ဤလုပ်ဆောင်ချက်များတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်နိုင်သည်-

- ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ချက်များကို ရှာဖွေခြင်း။
- ကြားဝင်ဆောင်ရွက်ရေးအစီအစဉ်များ ပြုလုပ်ခြင်း။
- ကမ်းလင့်ထောက်ကူရေး စာရွက်စာတမ်းများကို ဒီဇိုင်းထုတ်ခြင်းနှင့် ညွှန်ကြားခြင်း။
- ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်သူများနှင့် ဆရာဝန်များကို သင့်ဘာသာစကားလိုအပ်ချက်များအကြောင်း ပြောပြခြင်း။

ကျွန်ုပ်တို့သည် အတည်ပြုချက်ပေးခြင်း၊ နှုန်းထားသတ်မှတ်ခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များအတွက် သင့် REL အချက်အလက်များကို လုံးဝအသုံးပြုမည်မဟုတ်ပါ။ သင့် REL အချက်အလက်များကို ခွင့်ပြုချက်မရှိသူများအား ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

If you need these services, contact Wellcare By Allwell at **1-844-796-6811** (TTY: **711**). Between October 1 and March 31, representatives are available seven days a week, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

### English

Attention: If you speak English, language assistance services are available to you free of charge. Call **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### Español (Spanish)

Atención: Si habla español, hay servicios de asistencia lingüística disponibles sin costo para usted. Llame al **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### Lus Hmoob (Hmong)

Ua Tib Zoo Saib: Yog tias koj hais lus Hmoob, peb muaj cov kev pab cuam txhais lus uas koj tsis tas them nqi dab tsi. Hu rau **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### 普通话 (Mandarin Chinese)

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费语言支持服务。请致电 **1-844-796-6811** (TTY: **711**)。

### ພາສາລາວ (Laotian)

ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: ຫາກວາທານເວົ້າພາສາລາວ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາ **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### မြန်မာဘာသာ (Burmese)

သတိပြုရန်- သင်သည် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက၊ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရယူနိုင်သည်။ **1-844-796-6811** (TTY: **711**) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

### Somali (Somali)

Fiiro gaar ah: Hadii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqada ayaad heleysaa oo kuu bilaash ah. La hadal **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### Русский (Russian)

Внимание: если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по номеру **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### Hrvatski (Croatian)

Pažnja: ako govorite hrvatski, usluge jezične pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### German (German)

Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie dazu folgende Nummer an: **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### العربية (Arabic)

انتباه: في حال كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

### Tiếng Việt (Vietnamese)

Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

**한국어 (Korean)**

주의: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. **1-844-796-6811** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

**Deitsch (Pennsylvania Dutch)**

Wichdich: Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du en Interpreter griege unni as es ennich eppes koschte zellt. Ruf **1-844-796-6811** (TTY: **711**) uff.

**Polski (Polish)**

Uwaga: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-844-796-6811** (TTY: **711**).

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं. **1-844-796-6811** (TTY: **711**) पर कॉल करें.

**Shqip (Albanian)**

Vëmendje: Nëse flisni shqip, shërbimet e asistencës gjuhësore ju vihen në dispozicion falas. Telefononi **1-844-796-6811** (TTY: **711**).



## Arizona

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellAZ](https://www.wellcare.com/allwellAZ)**

## Arkansas

Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO-POS D-SNP)

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellAR](https://www.wellcare.com/allwellAR)**

## Connecticut

HMO-POS D-SNP

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

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

## Florida

HMO D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Georgia

HMO-POS D-SNP

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

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

## Hawaii

HMO-POS D-SNP

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

**[wellcare.com/ohana](https://www.wellcare.com/ohana)**

## Iowa

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Kentucky

HMO-POS D-SNP, PPO D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Louisiana

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Maine

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Mississippi

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## Nevada

HMO-POS D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellNV](https://www.wellcare.com/allwellNV)**

## **New York**

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP),  
Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

Wellcare Fidelis Dual Access (HMO D-SNP)

**1-800-247-1447 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/fidelisNY](https://www.wellcare.com/fidelisNY)**

## **Oregon**

HMO-POS D-SNP

**1-844-867-1156 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/trilliumOR](https://www.wellcare.com/trilliumOR)**

## **Pennsylvania**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellPA](https://www.wellcare.com/allwellPA)**

## **South Carolina**

HMO-POS D-SNP, PPO D-SNP

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

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

## **Tennessee**

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## **Texas**

HMO D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## **Washington**

HMO-POS D-SNP

**1-833-444-9089 (TTY: 711)**

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

## **Wisconsin**

HMO-POS D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellWI](https://www.wellcare.com/allwellWI)**



**ဤဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်းကို 11/07/2024 တွင် ပြင်ဆင်ဖြည့်စွက်ခဲ့သည်။**

နောက်ဆုံးထွက်အချက်အလက်များကို သိရှိလိုလျှင်ဖြစ်စေ၊ အခြားမေးစရာများ ရှိလျှင်ဖြစ်စေ ဤဆရာဝန်ညွှန်း ဆေးဝါးစာရင်း၏ အတွင်းဘက် ရှေ့နှင့်နောက် မျက်နှာဖုံးများတွင် ဖော်ပြထားသည့် သင့်အစီအစဉ် အတွက် ဖုန်းနံပါတ် သို့မဟုတ် ဝက်ဘ်ဆိုက်မှတစ်ဆင့် Wellcare အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုဌာနကို ဆက်သွယ်ပါ။ အောက်တိုဘာ 1 ရက်နှင့် မတ်လ 31 ရက်အကြားတွင် ကိုယ်စားလှယ်များအား တစ်ပတ်လျှင် ခုနစ်ရက်၊ နံနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီအတွင်း ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ ဧပြီလ 1 ရက်နှင့် စက်တင်ဘာလ 30 ရက်အကြားတွင် ကိုယ်စားလှယ်များအား တနင်္လာမှ သောကြာ၊ နံနက် 8 နာရီမှ ည 8 နာရီအတွင်း ဆက်သွယ်နိုင်သည်။