



CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)

Lista de cobertura de farmacia Enhanced 2026

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS ENHANCED CUBIERTOS EN ESTE PLAN

Esta lista de medicamentos Enhanced se actualizó el 15/10/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) al 1-888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visite www.carefirst.com/myaccount.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

¿Qué es la cobertura de farmacia Enhanced de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)?

Su plan cubre medicamentos adicionales a través de nuestra cobertura de farmacia Enhanced. Estos medicamentos recetados no suelen estar incluidos en planes de medicamentos recetados de Medicare. Los medicamentos Enhanced se ofrecen de manera separada de la Cobertura de farmacia para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Este documento contiene una lista de los medicamentos Enhanced cubiertos por el plan CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage de su empleador. Si surte una receta para uno de estos medicamentos, la cantidad que pague cuando lo haga no se toma en cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no lo ayuda a ser elegible para la cobertura para eventos catastróficos). Asimismo, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no obtendrá ayuda adicional para pagar estos medicamentos.

¿Puede cambiar la lista de medicamentos Enhanced?

Esta lista puede cambiar en cualquier momento. La mayoría de los cambios en la cobertura de farmacia ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos Enhanced durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Se le proporcionará un aviso por escrito con anticipación sobre esos cambios, cuando corresponda. Para obtener una lista actualizada de los medicamentos Enhanced, llámenos. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) requiere que usted (o la persona autorizada para extender recetas) obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener la aprobación de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) antes de surtir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) posiblemente no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) limita la cantidad del medicamento que cubrirá CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO). Por ejemplo, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) proporciona 6 comprimidos por receta para un suministro de 30 días de comprimidos de sildenafil de 100 mg.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) requiere que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su problema de salud antes de cubrir otro medicamento para ese problema. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, es posible que CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) no cubra el medicamento B hasta que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) cubrirá el medicamento B.

¿Qué sucede si mi medicamento no figura en la lista de medicamentos Enhanced?

Si su medicamento no está incluido en el formulario de la Parte D ni en la lista de medicamentos Enhanced, debe comunicarse primero con el Servicio para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos por última vez el formulario de la Parte D y la lista de medicamentos Enhanced, aparece en la portada y en la contraportada.

Si se entera de que CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage no cubre su medicamento conforme al beneficio de medicamentos Enhanced, puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que tenga cobertura con CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage.

Cobertura de farmacia Enhanced de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)

La siguiente lista proporciona información de cobertura sobre algunos de los medicamentos Enhanced cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página 28. El índice contiene una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. El Índice incluye tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Busque en el índice hasta encontrar su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, encontrará el número de la página donde puede encontrar la información de la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y encuentre el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

La primera columna de la tabla muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúscula (p. ej., CIALIS) y los medicamentos genéricos aparecen en letra cursiva minúscula (p. ej., *tadalafil*).

La segunda columna, “Nivel de medicamentos”, indica en qué nivel de copago se encuentran los medicamentos Enhanced. Los montos de copago y los porcentajes de coseguro varían para cada nivel. **Los medicamentos Enhanced están disponibles con un copago de Nivel 2 (genérico) o Nivel 4 (medicamento no preferido) según el medicamento. Esto significa que pagará el copago de Nivel 2 o Nivel 4 que figura en el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.**

Para obtener más información

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de farmacia Enhanced de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage, revise su Evidencia de Cobertura y los otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos recetados de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

CareFirst Rider Enhanced 4T Effective 01/01/2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<u>ANTI-OBESITY AGENTS</u>		
<i>ANTI-OBESITY AGENTS</i>		
ADIPEX-P CAP 37.5MG	4	PA, QL (30 capsules every 30 days)
ADIPEX-P TAB 37.5MG	4	PA, QL (30 tablets every 30 days)
<i>benzphetamine hcl tab 50 mg</i>	2	PA, QL (90 tablets every 30 days)
CONTRAVE TAB 8-90MG	4	PA, QL (120 tablets every 30 days)
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg</i>	2	PA, QL (90 tablets every 30 days)
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg</i>	2	PA, QL (30 tablets every 30 days)
<i>lomaira</i>	4	PA, QL (90 tablets every 30 days)
<i>orlistat cap 120 mg</i>	2	PA, QL (90 capsules every 30 days)
PHENDIMETRAZ CAP 105MG ER	4	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phendimetrazine tartrate tab 35 mg</i>	2	PA, QL (180 tablets every 30 days)
<i>phentermine hcl cap 15 mg</i>	2	PA, QL (60 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl cap 30 mg</i>	2	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl cap 37.5 mg</i>	2	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl tab 37.5 mg</i>	2	PA, QL (30 tablets every 30 days)
PLENITY CAP	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PLENITY CAP WELCOME	4	
QSYMIA CAP 3.75-23	4	PA, QL (30 capsules every 30 days)
QSYMIA CAP 7.5-46MG	4	PA, QL (30 capsules every 30 days)
QSYMIA CAP 11.25-69	4	PA, QL (30 capsules every 30 days)
QSYMIA CAP 15-92MG	4	PA, QL (30 capsules every 30 days)
WEGOVY INJ 0.5MG	4	PA, QL (2 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 0.25MG	4	PA, QL (2 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 1.7MG	4	PA, QL (3 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 1MG	4	PA, QL (2 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 2.4MG	4	PA, QL (3 mL every 28 days)
XENICAL CAP 120MG	4	PA, QL (90 capsules every 30 days)

COUGH AND COLD AGENTS

COUGH AND COLD AGENTS

<i>benzonatate cap 100 mg</i>	2	
<i>benzonatate cap 150 mg</i>	2	
<i>benzonatate cap 200 mg</i>	2	
<i>bromfed dm</i>	2	
HYCODAN SYP 5-1.5/5	4	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
HYCODAN TAB 5-1.5MG	4	QL (6 tablets and/or Max 7 day supply per 30 days)
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	2	QL (10 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	2	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	2	QL (6 tablets and/or Max 7 day supply per 30 days)
<i>hydromet</i>	2	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>promethazine vc/codeine</i>	2	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	2	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	2	
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	2	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	2	
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	4	QL (2 tablets every day; Max 7 day supply per 30 days)
TUZISTRA XR SUS	4	QL (20 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)

DERMATOLOGICALS

AGENTS FOR WRINKLES/LIPOATROPHY/OTHER AESTHETIC USES

RENOVA CRE 0.02%	4	
RENOVA PUMP CRE 0.02%	4	

GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS

BOTOX COSMET INJ 50UNIT	4	
BOTOX COSMET INJ 100UNIT	4	

HAIR GROWTH AGENTS

<i>bimatoprost soln 0.03%</i>	4	
FINAPID SOL 0.1-5%	4	
FINAPOD SOL 0.1-7%	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FINAPODTAR SOL	4	
<i>finasteride tab 1 mg</i>	4	
FLYPROGPIDTA SOL	4	
LATISSE SOL 0.03%	4	
LEQSELVI TAB 8MG	4	
LITFULO CAP 50MG	4	
OXOPID SOL 0.05-5%	4	
OXOPIDAXIAQU SOL	4	
OXOPOD SOL 0.05-7%	4	
PIDPROGTAR SOL	4	
PODOXIA SOL 7-4%	4	
PODPROG SOL 7-0.1%	4	
PODPROGTAR SOL	4	
PODTAR SOL 7-0.025%	4	
PROPECIA TAB 1MG	4	
TETPIDTAR SOL	4	
HAIR REDUCTION AGENTS		
VANIQA CRE 13.9%	4	
PIGMENTING-DEPIGMENTING AGENTS		
<i>blanche</i>	2	
<i>hydroquinone cream 4%</i>	2	
HYDROQUINONE POW	4	
KATARAXAP EMU	4	
KATARVIA EMU 4-0.025%	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KATARYA EMU	4	
KATARYAXN EMU	4	
KAXM EMU	4	
KEIDO EMU	4	
KETARYA EMU	4	
KEVARAXAP EMU	4	
KEVARTIA EMU 6-0.05%	4	
KEVARYA EMU	4	
KEXM EMU	4	
KEYA EMU	4	
KOTARAXAP EMU	4	
KUTAR EMU 8-0.025%	4	
KUTARVIA EMU 8-0.025%	4	
KUTARYAXM EMU	4	
KUTARYAXMPA EMU	4	
KUTEA EMU	4	
KUVARYA EMU	4	
KUVARYE EMU	4	
KUXM EMU	4	
MEDORFA EMU 6%	4	
MEDORFA HP EMU 8%	4	
MEDORFA HP EMU 8% PLUS	4	
MEDORFA LP EMU 4%	4	
MEDORFA PLUS EMU 6%	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PROOXIA CRE 10-4%	4	
TRI-LUMA CRE	4	
YAXATARXYN EMU	4	
YOKATAR EMU	4	

ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.

FERTILITY REGULATORS

<i>clomid</i>	4	
FOLLISTIM AQ INJ 300UNIT	4	PA
FOLLISTIM AQ INJ 600UNIT	4	PA
FOLLISTIM AQ INJ 900UNIT	4	PA
GONAL-F INJ 450UNIT	4	PA
GONAL-F INJ 1050UNIT	4	PA
GONAL-F RFF INJ 75UNIT	4	PA
GONAL-F RFF INJ 300/0.48	4	PA
GONAL-F RFF INJ 450/0.72	4	PA
GONAL-F RFF INJ 900/1.44	4	PA
MENOPUR INJ 75UNIT	4	PA
NOVAREL INJ 5000UNIT	4	
OVIDREL INJ	4	
PREGNYL INJ 10000UNT	4	

GNRH/LHRH ANTAGONISTS

<i>cetrorelix acetate for inj kit 0.25 mg</i>	4	PA
CETROTIDE KIT 0.25MG	4	PA
<i>fyremadel</i>	4	PA
GANIRELIX AC INJ 250/0.5	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ganirelix acetate soln prefilled syringe 250 mcg/0.5ml</i>	4	PA
<i>METABOLIC MODIFIERS</i>		
RAYALDEE CAP 30MCG	4	
<u>PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS</u>		
<i>PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS</i>		
<i>abaneu-sl</i>	2	
<i>activite</i>	2	
ADRENAL C TAB FORMULA	4	
<i>airavite</i>	2	
ALTRIXA OB TAB	4	
ALTRIXA TAB	4	
AMINO BENZOIC POW ACID	4	
AMLADEX TAB	4	
AQUASOL A INJ 50000/ML	4	
ASCOR SOL 25000MG	4	
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML	4	
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML	4	
<i>ascorbic acid inj 500 mg/ml</i>	2	
ATABEX EC TAB 29-1MG	4	
ATABEX OB TAB 29-1MG	4	
AZESCO TAB 13-1MG	4	
B-12 COMP KIT 1000MCG	4	
B-COMPLEX INJ	4	
B-COMPLEX INJ 100	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>b-plex</i>	2	
<i>b-plex plus</i>	2	
BACMIN TAB	4	
<i>biocel</i>	2	
BIOPAR DELTA CAP FORTE	4	
BP VIT 3 CAP	4	
C-NATE DHA CAP 28-1-200	4	
CA ASCORBATE POW DIHYDRAT	4	
CA PANTOTHEN POW	4	
CENFOL TAB	4	
CENTRATEX CAP	4	
CHOLECAL DF TAB	4	
CIFEREX CAP	4	
CITRANATAL CAP HARMONY	4	
CITRANATAL CAP MEDLEY	4	
CITRANATAL MIS 90 DHA	4	
CITRANATAL MIS B-CALM	4	
CITRANATAL PAK ASSURE	4	
CITRANATAL PAK DHA	4	
CITRANATAL TAB BLOOM	4	
CO-NATAL FA TAB 29-1MG	4	
COBALEFOL CAP	4	
COD LIVER OIL	4	
COMPLETE NAT PAK DHA	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COMPLETENATE CHW	4	
CONCEPT DHA CAP	4	
CONCEPT OB CAP	4	
<i>corvita</i>	2	
CORVITE 150 TAB	4	
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG	4	
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	2	
<i>cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml</i>	2	
DAVIMET-M CHW MULTIVIT	4	
DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG	4	
DAVIMET/IRON CHW	4	
DAYAVITE TAB	4	
DEPLIN MA CAP	4	
DERMACINRX CHW DAVIMET	4	
DERMACINRX CHW MULTIVIT	4	
DERMACINRX TAB PRETRATE	4	
DERMACINRX TAB RIBOT-E	4	
DEXATRAN CAP	4	
<i>dexifol</i>	2	
<i>dialyvite</i>	2	
DIALYVITE TAB 3000	4	
DIALYVITE TAB 5000	4	
DIALYVITE TAB SUPREM D	4	
DIALYVITE/ TAB ZINC	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIATROL TAB	4	
<i>dodex</i>	2	
DOTREMIN TAB	4	
DRISDOL CAP 50000UNT	4	
DUET DHA 400 MIS 25-1-400	4	
DUET DHA MIS BALANCED	4	
EB-N3 DR CAP	4	
<i>elite-ob</i>	2	
ENBRACE HR CAP	4	
ERGOCALCIFER POW 40000UNT	4	
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	2	
<i>fabb</i>	2	
FERIVA 21/7 TAB 75-1MG	4	
FERIVA TAB 21/7	4	
FERRALET 90 TAB	4	
FERRO-PLEX TAB	4	
FINAZOL TAB	4	
FLORAFOL FE SOL PEDIATRC	4	
FLORIVA CHW 0.5MG	4	
FLORIVA CHW 0.25MG	4	
FLORIVA CHW 1MG	4	
FLORIVA DRO PLUS	4	
FLORRAVITE TAB	4	
FLORRAXYL TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FOLAGENT CAP DHA	4	
FOLAMAX TAB	4	
FOLAMED DHA CAP	4	
FOLAPRIME TAB	4	
FOLAWISE TAB	4	
<i>folbee plus cz</i>	2	
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT	4	
FOLDITAM TAB	4	
FOLETRA CAP	4	
FOLGARD OS TAB	4	
FOLGARD RX TAB	4	
FOLI-D TAB	4	
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	2	
FOLIC ACID POW	4	
<i>folic acid tab 1 mg</i>	2	
<i>folic acid-vitamin b6-vitamin b12 tab 2.2-25-0.5 mg</i>	2	
FOLIC D3 CAP	4	
FOLICORE B TAB COMPLEX	4	
FOLIFLEX TAB	4	
FOLITE TAB	4	
FOLITIN-Z TAB	4	
FOLIVANE-OB CAP	4	
FOLIVANE-PLS CAP	4	
FOLIXAPURE TAB 1-5000	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FOLIXATE TAB	4	
<i>folplex 2.2</i>	2	
FOLTAMIN TAB 1-5000	4	
FOLTRATE TAB	4	
FOLTREXYL TAB	4	
FOLVITA TAB COMPLEX	4	
FOLVITE-D TAB	4	
GENICIN TAB VITA-D	4	
GENICIN TAB VITA-Q	4	
<i>genicin vita-s</i>	2	
GLP-DLAX TAB	4	
HEMATINIC PL TAB VIT/MIN	4	
HEMOCYTE PLS CAP	4	
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent)</i>	2	
<i>hylavite</i>	2	
HYLAZINC TAB	4	
<i>iferex 150 forte</i>	2	
<i>inatal gt</i>	2	
INFLAMEX CAP	4	
INFUVITE INJ	4	
INFUVITE INJ ADULT	4	
INFUVITE INJ PEDIATRI	4	
INTEGRA PLUS CAP	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IRON FOLATE CAP PLUS	4	
JENLIVA CAP	4	
KEYFOLIC TAB	4	
KEYLOSA TAB	4	
KOSHR PRENAT TAB 30-1MG	4	
LIPO-B INJ	4	
LIVITA LIQ ADULTS	4	
LIVITA LIQ CHILDREN	4	
<i>lysiplex plus</i>	2	
M-NATAL PLUS TAB	4	
MATERNACEL TAB	4	
MATERVIA CAP	4	
MEDI TAB TAB	4	
MENATROL CAP	4	
MEPHYTON TAB 5MG	4	
METHIO/INOS/ INJ CHOL/B12	4	
METHYLCOBALA INJ 1MG/ML	4	
METHYLCOBALA INJ 5MG/ML	4	
METHYLCOBALA INJ 10MG/ML	4	
METHYLCOBALA INJ 10000MCG	4	
METHYLCOBALA INJ 50000MCG	4	
<i>mi-vite rx</i>	2	
MICRONEX CAP	4	
MINCORA TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	2	
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	2	
<i>multipro</i>	2	
MULTITAM TAB	4	
MULTITOL-M TAB	4	
MULTIVIT/FL SUS 0.25MG	4	
<i>multivitamin with fluorid</i>	2	
<i>mynephron</i>	2	
NA ASCORBATE POW	4	
NASCOBAL SPR 500MCG	4	
NATACHEW CHW	4	
NATAL PNV TAB	4	
NEEVO DHA CAP 27-1.13	4	
NEO-VITAL RX TAB	4	
NEOMATERNA TAB	4	
NEONATAL 19 TAB	4	
NEONATAL FE TAB	4	
NEONATAL PLS TAB 27-1MG	4	
NEONATAL TAB COMPLETE	4	
NEONATAL TAB COMPLTE	4	
NEONATAL TAB PLUS	4	
NEONATAL/DHA MIS	4	
NEOVITE TAB	4	
NEPHPLEX RX TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NEPHROCAPS CAP	4	
NESTABS DHA PAK	4	
NESTABS ONE CAP	4	
NESTABS TAB	4	
NEURIN-SL SUB	4	
NIACIN POW	4	
NIACINAMIDE POW	4	
<i>niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg</i>	2	
NICADAN TAB	4	
NICAZEL TAB	4	
NICAZEL TAB FORTE	4	
NICOMIDE TAB	4	
NICOTINAMIDE POW	4	
NITRIVIA CAP	4	
NIVA-PLUS TAB	4	
<i>novite</i>	2	
<i>nufol</i>	2	
NUTRALYN TAB	4	
<i>nutrifac zx</i>	2	
NUTRIVIT LIQ 800-15-1	4	
OB COMPLETE CAP ONE	4	
OB COMPLETE CAP PETITE	4	
OB COMPLETE TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OB COMPLETE TAB PREMIER	4	
OB COMPLETE/ CAP DHA	4	
OCUVEL CAP 0.5MG	4	
ONE VITE TAB 1MG PLUS	4	
ONEVITE TAB	4	
ORTHO DF CAP 1-3775IU	4	
OSTACHOL TAB	4	
OVEEZA CAP	4	
PABA POW	4	
<i>paxlyte</i>	2	
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	2	
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	2	
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	2	
PNV 27-CA/FE TAB /FA	4	
PNV TAB 20-1 TAB	4	
<i>pnv-dha</i>	2	
PNV-DHA CAP DOCUSATE	4	
PNV-OMEGA CAP	4	
<i>pnv-select</i>	2	
<i>poly-iron 150 forte</i>	2	
POLY-VI-FLOR CHW W/IRON	4	
POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	4	
POLY-VI-FLOR SUS /IRON	4	
<i>polysaccharide iron forte</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
POTASSIUM P- POW AMINO BEN	4	
PREGEN DHA CAP	4	
PREGENNA TAB	4	
PREMESISRX TAB	4	
PRENA1 CHW	4	
PRENA1 PEARL CAP	4	
PRENA 1 TRUE MIS	4	
PRENAISSANCE CAP	4	
PRENAISSANCE CAP PLUS	4	
<i> prenatal 19</i>	2	
PRENATAL 19 CHW 29-1MG	4	
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	4	
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	4	
PRENATAL TAB 27-1MG	4	
PRENATAL TAB PLUS	4	
PRENATAL-U CAP 106.5-1	4	
PRENATE AM TAB 1MG	4	
PRENATE CAP ENHANCE	4	
PRENATE CAP ESSENT	4	
PRENATE CAP PIXIE	4	
PRENATE CAP RESTORE	4	
PRENATE CHW 0.6-0.4	4	
PRENATE DHA CAP	4	
PRENATE MAX TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PRENATE MINI CAP	4	
PRENATE TAB ELITE	4	
PRENATOL-M TAB 27-1.2MG	4	
PRENATRIX TAB	4	
PRENATRYL TAB	4	
PRENATVITE TAB COMPLETE	4	
PRENATVITE TAB PLUS	4	
PRENATVITE TAB RX	4	
PREV-RX TAB	4	
PRIMACARE CAP	4	
PRO HERS RX CAP	4	
PRO HIS RX CAP	4	
PRO PCOS RX CAP	4	
PROFOLA TAB	4	
PROVIDA OB CAP	4	
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	4	
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	2	
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML	4	
PYRIDOXINE POW HCL	4	
QUFLORA CHW	4	
QUFLORA FE CHW	4	
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5	4	
QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	4	
REDICHEW RX CHW	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RELCARE TAB	4	
RELNATE DHA CAP	4	
REMEDIENT CAP	4	
<i>renal caps</i>	2	
RENATABS MIS IRON	4	
RENATABS TAB	4	
SE-NATAL 19 CHW	4	
SE-NATAL 19 TAB	4	
SELECT-OB CHW	4	
SELECT-OB+ PAK DHA	4	
SIDEROL TAB	4	
SOD ASCORBAT GRA	4	
SOD ASCORBAT GRA USP NF	4	
STROVITE FOR SYP	4	
STROVITE ONE TAB	4	
SUPERVITE LIQ	4	
SUPPORT LIQ	4	
TALIVA CAP	4	
TARON-C DHA CAP	4	
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	2	
THIAMINE HCL POW	4	
THIAMINE HCL SOL NACL	4	
THIAMINE POW MONONITR	4	
THRIVITE RX TAB 29-1MG	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tm-vite rx</i>	2	
TRI-VI-FLOR SUS 0.25/ML	4	
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML	4	
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	4	
TRI-VITAMIN SUS 0.25MG	4	
<i>tri-vite/fluoride</i>	2	
TRICARE TAB PRENATAL	4	
TRINATAL RX TAB 1	4	
<i>trinate</i>	2	
<i>triphrocaps</i>	2	
TRISTART DHA CAP	4	
TRIVIA CAP COMPLETE	4	
<i>tronvite</i>	2	
UDAMIN SP TAB	4	
<i>v-c forte</i>	2	
VENEXA FE TAB	4	
VENEXA TAB	4	
VENTRIXYL FE TAB	4	
VENTRIXYL TAB	4	
<i>vic-forte</i>	2	
VINATE DHA CAP 27-1.13	4	
<i>virt-caps</i>	2	
<i>virt-gard</i>	2	
VIRT-PN DHA CAP	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vita s forte</i>	2	
<i>vitacel</i>	2	
VITACORE TAB	4	
VITAFOL CAP ULTRA	4	
VITAFOL CHW GUMMIES	4	
VITAFOL FE+ CAP	4	
VITAFOL STRP MIS 1MG	4	
VITAFOL-NANO TAB	4	
VITAFOL-OB PAK +DHA	4	
VITAFOL-OB TAB 65-1MG	4	
VITAFOL-ONE CAP	4	
VITAL-D RX TAB	4	
VITALARA TAB	4	
VITALIPID N INJ INFANT	4	
VITAMED MD CAP ONE RX	4	
VITAMEZ CAP	4	
<i>vitamin b-complex 100</i>	2	
VITAMIN E POW ACETATE	4	
VITAMIN KIT SYS-B12	4	
VITAPEARL CAP	4	
VITAROCA PLU TAB	4	
<i>vitasure</i>	2	
VITATHELY TAB	4	
VITATRUE MIS	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VITLIPID N INJ ADULT	4	
VITLIPID N INJ INFANT	4	
VITRAMYN TAB	4	
VITRANOL FE TAB	4	
VITRANOL TAB	4	
VITREXATE FE TAB	4	
VITREXATE TAB	4	
VITREXYL TAB	4	
VITREXYL TAB IRON	4	
VIVA DHA CAP	4	
<i>vp-vite rx</i>	2	
WELLFOLA TAB	4	
WESCAP-C DHA CAP	4	
WESCAP-PN CAP DHA	4	
<i>wescaps</i>	2	
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	4	
WESNATE DHA CAP	4	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	4	
WESTGEL DHA CAP	4	
WHEAT GERM OIL	4	
ZALVIT TAB 13-1MG	4	
ZINTREXYL-C TAB	4	
ZIPHEX TAB 13-1MG	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<u>SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS</u>		
<i>SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS</i>		
BI-MIX INJ 150-5MG	4	
CAVERJECT IM KIT 10MCG	4	QL (6 units every 30 days)
CAVERJECT IM KIT 20MCG	4	QL (6 units every 30 days)
CAVERJECT INJ 20MCG	4	QL (6 units every 30 days)
CAVERJECT INJ 40MCG	4	QL (6 units every 30 days)
CIALIS TAB 2.5MG	4	QL (30 tablets every 30 days)
CIALIS TAB 5MG	4	QL (30 tablets every 30 days)
CIALIS TAB 10MG	4	QL (6 tablets every 30 days)
CIALIS TAB 20MG	4	QL (6 tablets every 30 days)
EDEX KIT 10MCG	4	QL (6 units every 30 days)
EDEX KIT 20MCG	4	QL (6 units every 30 days)
EDEX KIT 40MCG	4	QL (6 units every 30 days)
IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML	4	
MUSE SUP 250MCG	4	QL (6 units every 30 days)
MUSE SUP 500MCG	4	QL (6 units every 30 days)
MUSE SUP 1000MCG	4	QL (6 units every 30 days)
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML	4	
QUAD-MIX INJ	4	
<i>sildenafil citrate tab 25 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>sildenafil citrate tab 50 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>sildenafil citrate tab 100 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
STENDRA TAB 50MG	4	QL (6 tablets every 30 days)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
STENDRA TAB 100MG	4	QL (6 tablets every 30 days)
STENDRA TAB 200MG	4	QL (6 tablets every 30 days)
SUPER BI-MIX INJ 150-10MG	4	
SUPER INJ QUAD-MIX	4	
SUPER INJ TRI-MIX	4	
<i>tadalafil tab 2.5 mg</i>	2	QL (30 tablets every 30 days)
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	2	QL (30 tablets every 30 days)
<i>tadalafil tab 10 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>tadalafil tab 20 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
TRI-MIX INJ	4	
<i>varденаfil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 2.5 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 5 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 10 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 20 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
VIAGRA TAB 25MG	4	QL (6 tablets every 30 days)
VIAGRA TAB 50MG	4	QL (6 tablets every 30 days)
VIAGRA TAB 100MG	4	QL (6 tablets every 30 days)

Index

A	
<i>abaneu-sl</i>	10
<i>activite</i>	10
ADIPEX-P CAP 37.5MG	4
ADIPEX-P TAB 37.5MG	4
ADRENAL C TAB FORMULA	10
<i>airavite</i>	10
ALTRIXA OB TAB	10
ALTRIXA TAB.....	10
AMINOBENZOIC POW ACID	10
AMLADEX TAB	10
AQUASOL A INJ 50000/ML	10
ASCOR SOL 25000MG	10
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML.....	10
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML.....	10
<i>ascorbic acid inj 500 mg/ml</i>	10
ATABEX EC TAB 29-1MG.....	10
ATABEX OB TAB 29-1MG	10
AZESCO TAB 13-1MG.....	10
B	
B-12 COMP KIT 1000MCG	10
BACMIN TAB	11
B-COMPLEX INJ	10
B-COMPLEX INJ 100	10
<i>benzonatate cap 100 mg</i>	5
<i>benzonatate cap 150 mg</i>	5
<i>benzonatate cap 200 mg</i>	5
<i>benzphetamine hcl tab 50 mg</i>	4
<i>bimatoprost soln 0.03%</i>	6
BI-MIX INJ 150-5MG	26
<i>biocel</i>	11
BIOPAR DELTA CAP FORTE	11
<i>blanche</i>	7
BOTOX COSMET INJ 100UNIT	6
BOTOX COSMET INJ 50UNIT.....	6
BP VIT 3 CAP	11
<i>b-plex</i>	11
<i>b-plex plus</i>	11
<i>bromfed dm</i>	5
C	
CA ASCORBATE POW DIHYDRAT	11
CA PANTOTHEN POW	11
CAVERJECT IM KIT 10MCG	26
CAVERJECT IM KIT 20MCG	26
CAVERJECT INJ 20MCG	26
CAVERJECT INJ 40MCG	26
CENFOL TAB	11
CENTRATEX CAP	11
<i>cetrorelix acetate for inj kit 0.25 mg</i>	9
CETROTIDE KIT 0.25MG	9
CHOLECAL DF TAB	11
CIALIS TAB 10MG.....	26
CIALIS TAB 2.5MG	26
CIALIS TAB 20MG.....	26
CIALIS TAB 5MG	26
CIFEREX CAP	11
CITRANATAL CAP HARMONY	11
CITRANATAL CAP MEDLEY	11
CITRANATAL MIS 90 DHA	11
CITRANATAL MIS B-CALM	11
CITRANATAL PAK ASSURE	11
CITRANATAL PAK DHA	11
CITRANATAL TAB BLOOM.....	11
<i>clomid</i>	9
C-NATE DHA CAP 28-1-200	11
COBALEFOL CAP.....	11
COD LIVER OIL.....	11
COMPLETE NAT PAK DHA.....	11
COMPLETENATE CHW	12
CO-NATAL FA TAB 29-1MG.....	11
CONCEPT DHA CAP.....	12
CONCEPT OB CAP.....	12
CONTRACE TAB 8-90MG	4
<i>corvita</i>	12
CORVITE 150 TAB	12
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG.....	12
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	12
<i>cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml</i>	12
D	
DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG	12
DAVIMET/IRON CHW	12
DAVIMET-M CHW MULTIVIT.....	12
DAYAVITE TAB	12
DEPLIN MA CAP	12

DERMACINRX CHW DAVIMET.....	12
DERMACINRX CHW MULTIVIT	12
DERMACINRX TAB PRETRATE	12
DERMACINRX TAB RIBOT-E.....	12
DEXATRAN CAP.....	12
<i>dexifol</i>	12
<i>dialyvite</i>	12
DIALYVITE TAB 3000	12
DIALYVITE TAB 5000	12
DIALYVITE TAB SUPREM D	12
DIALYVITE/ TAB ZINC	12
DIATROL TAB	13
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg</i>	4
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg</i>	4
<i>dodex</i>	13
DOTREMIN TAB.....	13
DRISDOL CAP 50000UNT	13
DUET DHA 400 MIS 25-1-400	13
DUET DHA MIS BALANCED	13
E	
EB-N3 DR CAP.....	13
EDEX KIT 10MCG	26
EDEX KIT 20MCG	26
EDEX KIT 40MCG	26
<i>elite-ob</i>	13
ENBRACE HR CAP.....	13
ERGOCALCIFER POW 40000UNT	13
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	13
F	
<i>fabb</i>	13
FERIVA 21/7 TAB 75-1MG.....	13
FERIVA TAB 21/7.....	13
FERRALET 90 TAB.....	13
FERRO-PLEX TAB.....	13
FINAPID SOL 0.1-5%	6
FINAPOD SOL 0.1-7%	6
FINAPODTAR SOL	7
<i>finasteride tab 1 mg</i>	7
FINAZOL TAB.....	13
FLORAFOL FE SOL PEDIATRC	13
FLORIVA CHW 0.25MG	13
FLORIVA CHW 0.5MG	13
FLORIVA CHW 1MG.....	13
FLORIVA DRO PLUS	13
FLORRAVITE TAB.....	13

FLORRAXYL TAB	13
FLYPROGPIDTA SOL	7
FOLAGENT CAP DHA	14
FOLAMAX TAB	14
FOLAMED DHA CAP	14
FOLAPRIME TAB.....	14
FOLAWISE TAB	14
<i>folbee plus cz</i>	14
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT	14
FOLDITAM TAB	14
FOLETRA CAP	14
FOLGARD OS TAB.....	14
FOLGARD RX TAB	14
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	14
FOLIC ACID POW	14
<i>folic acid tab 1 mg</i>	14
<i>folic acid-vitamin b6-vitamin b12 tab 2.2-25-0.5 mg</i>	14
FOLIC D3 CAP	14
FOLICORE B TAB COMPLEX	14
FOLI-D TAB.....	14
FOLIFLEX TAB	14
FOLITE TAB	14
FOLITIN-Z TAB.....	14
FOLIVANE-OB CAP	14
FOLIVANE-PLS CAP	14
FOLIXAPURE TAB 1-5000	14
FOLIXATE TAB.....	15
FOLLISTIM AQ INJ 300UNIT.....	9
FOLLISTIM AQ INJ 600UNIT.....	9
FOLLISTIM AQ INJ 900UNIT.....	9
<i>folplex 2.2</i>	15
FOLTAMIN TAB 1-5000	15
FOLTRATE TAB	15
FOLTREXYL TAB.....	15
FOLVITA TAB COMPLEX	15
FOLVITE-D TAB.....	15
<i>fyremadel</i>	9
G	
GANIRELIX AC INJ 250/0.5	9
<i>ganirelix acetate soln prefilled syringe 250 mcg/0.5ml</i>	10
GENICIN TAB VITA-D	15
GENICIN TAB VITA-Q	15
<i>genicin vita-s</i>	15

GLP-DLAX TAB	15
GONAL-F INJ 1050UNIT	9
GONAL-F INJ 450UNIT	9
GONAL-F RFF INJ 300/0.48	9
GONAL-F RFF INJ 450/0.72	9
GONAL-F RFF INJ 75UNIT	9
GONAL-F RFF INJ 900/1.44	9

H

HEMATINIC PL TAB VIT/MIN	15
HEMOCYTE PLS CAP.....	15
HYCODAN SYP 5-1.5/5	5
HYCODAN TAB 5-1.5MG	5
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8</i> <i>mg/5ml</i>	5
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom</i> <i>soln 5-1.5 mg/5ml</i>	6
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	6
<i>hydromet</i>	6
<i>hydroquinone cream 4%</i>	7
HYDROQUINONE POW	7
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml</i> <i>(base equivalent)</i>	15
<i>hylavite</i>	15
HYLAZINC TAB.....	15

I

IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML	26
<i>iferex 150 forte</i>	15
<i>inatal gt</i>	15
INFLAMEX CAP.....	15
INFUVITE INJ	15
INFUVITE INJ ADULT	15
INFUVITE INJ PEDIATRI	15
INTEGRA PLUS CAP.....	15
IRON FOLATE CAP PLUS	16

J

JENLIVA CAP	16
-------------------	----

K

KATARAXAP EMU.....	7
KATARVIA EMU 4-0.025%.....	7
KATARYA EMU	8
KATARYAXN EMU	8
KAXM EMU	8
KEIDO EMU	8
KETARYA EMU	8

KEVARAXAP EMU	8
KEVARTIA EMU 6-0.05%	8
KEVARYA EMU	8
KEXM EMU	8
KEYA EMU.....	8
KEYFOLIC TAB	16
KEYLOSA TAB.....	16
KOSHR PRENAT TAB 30-1MG.....	16
KOTARAXAP EMU	8
KUTAR EMU 8-0.025%.....	8
KUTARVIA EMU 8-0.025%	8
KUTARYAXM EMU	8
KUTARYAXMPA EMU	8
KUTEA EMU	8
KUVARYA EMU	8
KUVARYE EMU.....	8
KUXM EMU	8

L

LATISSE SOL 0.03%	7
LEQSELVI TAB 8MG	7
LIPO-B INJ	16
LITFULO CAP 50MG	7
LIVITA LIQ ADULTS	16
LIVITA LIQ CHILDREN	16
<i>lomaira</i>	4
<i>lysiplex plus</i>	16

M

MATERNACEL TAB	16
MATERVIA CAP	16
MEDI TAB TAB.....	16
MEDORFA EMU 6%	8
MEDORFA HP EMU 8%	8
MEDORFA HP EMU 8% PLUS.....	8
MEDORFA LP EMU 4%	8
MEDORFA PLUS EMU 6%.....	8
MENATROL CAP	16
MENOPUR INJ 75UNIT	9
MEPHYTON TAB 5MG.....	16
METHIO/INOS/ INJ CHOL/B12	16
METHYLCOBALA INJ 10000MCG	16
METHYLCOBALA INJ 10MG/ML.....	16
METHYLCOBALA INJ 1MG/ML	16
METHYLCOBALA INJ 50000MCG	16
METHYLCOBALA INJ 5MG/ML	16
MICRONEX CAP	16

MINCORA TAB	16
<i>mi-vite rx</i>	16
M-NATAL PLUS TAB	16
<i>multi</i> pro	17
MULTITAM TAB.....	17
MULTITOL-M TAB	17
MULTIVIT/FL SUS 0.25MG.....	17
<i>multivitamin with fluorid</i>	17
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	17
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	17
MUSE SUP 1000MCG	26
MUSE SUP 250MCG	26
MUSE SUP 500MCG	26
<i>mynephron</i>	17
N	
NA ASCORBATE POW	17
NASCOBAL SPR 500MCG	17
NATACHEW CHW	17
NATAL PNV TAB	17
NEEVO DHA CAP 27-1.13	17
NEOMATERNA TAB.....	17
NEONATAL 19 TAB	17
NEONATAL FE TAB	17
NEONATAL PLS TAB 27-1MG.....	17
NEONATAL TAB COMPLETE.....	17
NEONATAL TAB COMPLTE	17
NEONATAL TAB PLUS.....	17
NEONATAL/DHA MIS	17
NEO-VITAL RX TAB.....	17
NEOVITE TAB	17
NEPHPLEX RX TAB	17
NEPHROCAPS CAP	18
NESTABS DHA PAK	18
NESTABS ONE CAP	18
NESTABS TAB	18
NEURIN-SL SUB	18
NIACIN POW.....	18
NIACINAMIDE POW	18
<i>niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-</i> <i>27-2-0.5 mg</i>	18
NICADAN TAB.....	18
NICAZEL TAB.....	18
NICAZEL TAB FORTE	18
NICOMIDE TAB.....	18
NICOTINAMIDE POW.....	18

NITRIVIA CAP	18
NIVA-PLUS TAB.....	18
NOVAREL INJ 5000UNIT	9
<i>novite</i>	18
<i>nufol</i>	18
NUTRALYN TAB	18
<i>nutrifac zx</i>	18
NUTRIVIT LIQ 800-15-1	18
O	
OB COMPLETE CAP ONE	18
OB COMPLETE CAP PETITE	18
OB COMPLETE TAB	18
OB COMPLETE TAB PREMIER.....	19
OB COMPLETE/ CAP DHA	19
OCUVEL CAP 0.5MG	19
ONE VITE TAB 1MG PLUS.....	19
ONEVITE TAB	19
<i>orlistat cap 120 mg</i>	4
ORTHO DF CAP 1-3775IU.....	19
OSTACHOL TAB.....	19
OVEEZA CAP	19
OVIDREL INJ	9
OXOPID SOL 0.05-5%	7
OXOPIDAXIAQU SOL	7
OXOPOD SOL 0.05-7%	7
P	
PABA POW	19
<i>paxlyte</i>	19
PHENDIMETRAZ CAP 105MG ER	4
<i>phendimetrazine tartrate tab 35 mg</i>	4
<i>phentermine hcl cap 15 mg</i>	4
<i>phentermine hcl cap 30 mg</i>	4
<i>phentermine hcl cap 37.5 mg</i>	4
<i>phentermine hcl tab 37.5 mg</i>	4
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML	26
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	19
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	19
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	19
PIDPROGTAR SOL	7
PLENITY CAP.....	4
PLENITY CAP WELCOME	5
PNV 27-CA/FE TAB /FA.....	19
PNV TAB 20-1 TAB	19
<i>pnv-dha</i>	19
PNV-DHA CAP DOCUSATE	19

PNV-OMEGA CAP	19
<i>pnv-select</i>	19
PODOXIA SOL 7-4%	7
PODPROG SOL 7-0.1%.....	7
PODPROGTAR SOL.....	7
PODTAR SOL 7-0.025%	7
<i>poly-iron 150 forte</i>	19
<i>polysaccharide iron forte</i>	19
POLY-VI-FLOR CHW W/IRON	19
POLY-VI-FLOR SUS /IRON	19
POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML.....	19
POTASSIUM P- POW AMINOBEN	20
PREGEN DHA CAP	20
PREGENNA TAB.....	20
PREGNYL INJ 10000UNT.....	9
PREMESISRX TAB.....	20
PRENA 1 TRUE MIS	20
PRENA1 CHW	20
PRENA1 PEARL CAP	20
PRENAISSANCE CAP.....	20
PRENAISSANCE CAP PLUS	20
<i>prenatal 19</i>	20
PRENATAL 19 CHW 29-1MG	20
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	20
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	20
PRENATAL TAB 27-1MG	20
PRENATAL TAB PLUS	20
PRENATAL-U CAP 106.5-1	20
PRENATE AM TAB 1MG	20
PRENATE CAP ENHANCE	20
PRENATE CAP ESSENT	20
PRENATE CAP PIXIE.....	20
PRENATE CAP RESTORE.....	20
PRENATE CHW 0.6-0.4	20
PRENATE DHA CAP	20
PRENATE MAX TAB	20
PRENATE MINI CAP	21
PRENATE TAB ELITE	21
PRENATOL-M TAB 27-1.2MG.....	21
PRENATRIX TAB	21
PRENATRYL TAB	21
PRENATVITE TAB COMPLETE	21
PRENATVITE TAB PLUS.....	21
PRENATVITE TAB RX.....	21
PREV-RX TAB.....	21

PRIMACARE CAP	21
PRO HERS RX CAP	21
PRO HIS RX CAP	21
PRO PCOS RX CAP	21
PROFOLA TAB	21
<i>promethazine vc/codeine</i>	6
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10</i> <i>mg/5ml</i>	6
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	6
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup</i> <i>6.25-5-10 mg/5ml</i>	6
PROOXIA CRE 10-4%.....	9
PROPECIA TAB 1MG.....	7
PROVIDA OB CAP	21
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10</i> <i>mg/5ml</i>	6
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	21
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	21
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML	21
PYRIDOXINE POW HCL	21

Q

QSYMIA CAP 11.25-69	5
QSYMIA CAP 15-92MG	5
QSYMIA CAP 3.75-23	5
QSYMIA CAP 7.5-46MG.....	5
QUAD-MIX INJ.....	26
QUFLORA CHW	21
QUFLORA FE CHW.....	21
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5	21
QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	21

R

RAYALDEE CAP 30MCG	10
REDICHEW RX CHW.....	21
RELCARE TAB.....	22
RELNATE DHA CAP	22
REMEDIENT CAP	22
<i>renal caps</i>	22
RENATABS MIS IRON	22
RENATABS TAB.....	22
RENOVA CRE 0.02%.....	6
RENOVA PUMP CRE 0.02%	6

S

SELECT-OB CHW	22
SELECT-OB+ PAK DHA	22
SE-NATAL 19 CHW	22

SE-NATAL 19 TAB	22
SIDEROL TAB.....	22
<i>sildenafil citrate tab 100 mg</i>	26
<i>sildenafil citrate tab 25 mg</i>	26
<i>sildenafil citrate tab 50 mg</i>	26
SOD ASCORBAT GRA	22
SOD ASCORBAT GRA USP NF	22
STENDRA TAB 100MG	27
STENDRA TAB 200MG	27
STENDRA TAB 50MG	26
STROVITE FOR SYP	22
STROVITE ONE TAB	22
SUPER BI-MIX INJ 150-10MG	27
SUPER INJ QUAD-MIX	27
SUPER INJ TRI-MIX	27
SUPERVITE LIQ	22
SUPPORT LIQ.....	22
T	
<i>tadalafil tab 10 mg</i>	27
<i>tadalafil tab 2.5 mg</i>	27
<i>tadalafil tab 20 mg</i>	27
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	27
TALIVA CAP	22
TARON-C DHA CAP	22
TETPIDTAR SOL	7
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	22
THIAMINE HCL POW	22
THIAMINE HCL SOL NACL	22
THIAMINE POW MONONITR	22
THRIVITE RX TAB 29-1MG	22
<i>tm-vite rx</i>	23
TRICARE TAB PRENATAL.....	23
TRI-LUMA CRE	9
TRI-MIX INJ.....	27
TRINATAL RX TAB 1.....	23
<i>trinate</i>	23
<i>triphrocaps</i>	23
TRISTART DHA CAP	23
TRIVIA CAP COMPLETE	23
TRI-VI-FLOR SUS 0.25/ML	23
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	23
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML.....	23
TRI-VITAMIN SUS 0.25MG	23
<i>tri-vite/fluoride</i>	23
<i>tronvite</i>	23

TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	6
TUZISTRA XR SUS	6
U	
UDAMIN SP TAB	23
V	
VANIQA CRE 13.9%	7
<i>varденаfil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i>	27
<i>varденаfil hcl tab 10 mg</i>	27
<i>varденаfil hcl tab 2.5 mg</i>	27
<i>varденаfil hcl tab 20 mg</i>	27
<i>varденаfil hcl tab 5 mg</i>	27
<i>v-c forte</i>	23
VENEXA FE TAB	23
VENEXA TAB	23
VENTRIXYL FE TAB	23
VENTRIXYL TAB	23
VIAGRA TAB 100MG.....	27
VIAGRA TAB 25MG	27
VIAGRA TAB 50MG	27
<i>vic-forte</i>	23
VINATE DHA CAP 27-1.13	23
<i>virt-caps</i>	23
<i>virt-gard</i>	23
VIRT-PN DHA CAP.....	23
<i>vita s forte</i>	24
<i>vitacel</i>	24
VITACORE TAB	24
VITAFOL CAP ULTRA.....	24
VITAFOL CHW GUMMIES	24
VITAFOL FE+ CAP	24
VITAFOL STRP MIS 1MG	24
VITAFOL-NANO TAB	24
VITAFOL-OB PAK +DHA	24
VITAFOL-OB TAB 65-1MG	24
VITAFOL-ONE CAP	24
VITALARA TAB	24
VITAL-D RX TAB	24
VITALIPID N INJ INFANT	24
VITAMED MD CAP ONE RX	24
VITAMEZ CAP	24
<i>vitamin b-complex 100</i>	24
VITAMIN E POW ACETATE	24
VITAMIN KIT SYS-B12	24
VITAPEARL CAP	24

VITAROCA PLU TAB	24
<i>vitasure</i>	24
VITATHELY TAB	24
VITATRUE MIS	24
VITLIPID N INJ ADULT	25
VITLIPID N INJ INFANT	25
VITRAMYN TAB	25
VITRANOL FE TAB.....	25
VITRANOL TAB	25
VITREXATE FE TAB.....	25
VITREXATE TAB	25
VITREXYL TAB	25
VITREXYL TAB IRON	25
VIVA DHA CAP	25
<i>vp-vite rx</i>	25

W

WEGOVY INJ 0.25MG	5
WEGOVY INJ 0.5MG.....	5
WEGOVY INJ 1.7MG.....	5
WEGOVY INJ 1MG.....	5
WEGOVY INJ 2.4MG	5
WELLFOLA TAB	25
WESCAP-C DHA CAP	25
WESCAP-PN CAP DHA.....	25
<i>wescaps</i>	25
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	25
WESNATE DHA CAP	25
WESTAB PLUS TAB 27-1MG.....	25
WESTGEL DHA CAP	25
WHEAT GERM OIL.....	25

X

XENICAL CAP 120MG	5
-------------------------	---

Y

YAXATARXYN EMU.....	9
YOKATAR EMU.....	9

Z

ZALVIT TAB 13-1MG	25
ZINTREXYL-C TAB.....	25
ZIPHEX TAB 13-1MG	25

Este formulario se actualizó el 15/10/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visite carefirst.com/learn/goupma.

Esta Lista de medicamentos Enhanced cubiertos puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.