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., licenciatario 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, muéstresela 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 21. 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 1 (genérico) o Nivel 3 (medicamento no preferido) según el medicamento. Esto significa que pagará el copago de Nivel 1 o Nivel 3 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 LEAN 3T Effective 01/01/2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COUGH AND COLD AGENTS		
COUGH AND COLD AGENTS		
benzonatate cap 100 mg	1	
benzonatate cap 150 mg	1	
benzonatate cap 200 mg	1	
bromfed dm sol 2-30-10	1	
HYCODAN SYP 5-1.5/5	3	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
HYCODAN TAB 5-1.5MG	3	QL (6 tablets and/or Max 7 day supply per 30 days)
hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml	1	QL (10 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg	1	QL (6 tablets and/or Max 7 day supply per 30 days)
hydromet syp 5-1.5/5	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
prometh vc/ syp codeine	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml	1	
pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml	1	
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	3	QL (2 tablets every day; Max 7 day supply per 30 days)
PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS		
PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS		
abaneu-sl sub	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
activite tab	1	
ADRENAL C TAB FORMULA	3	
AFLORA TAB	3	
airavite tab	1	
ALTRIXA OB TAB	3	
ALTRIXA TAB	3	
AMINOBENZOIC POW ACID	3	
AMLADEX TAB	3	
AQUASOL A INJ 50000/ML	3	
ASCOR SOL 25000MG	3	
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML	3	
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML	3	
ascorbic acid inj 500 mg/ml	1	
ATABEX EC TAB 29-1MG	3	
ATABEX OB TAB 29-1MG	3	
AZESCO TAB 13-1MG	3	
B-12 COMP KIT 1000MCG	3	
B-COMPLEX INJ	3	
b-complex inj 100	1	
B-COMPLEX INJ 100	3	
b-plex plus tab	1	
b-plex tab	1	
BACMIN TAB	3	
biocel tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BIOPAR DELTA CAP FORTE	3	
BP VIT 3 CAP	3	
CA ASCORBATE POW DIHYDRAT	3	
CA PANTOTHEN POW	3	
CENFOL TAB	3	
CENTRATEX CAP	3	
CHOLECAL DF TAB	3	
CIFEREX CAP	3	
CITRANATAL MIS B-CALM	3	
CITRANATAL PAK ASSURE	3	
CITRANATAL TAB BLOOM	3	
CO-NATAL FA TAB 29-1MG	3	
COBALEFOL CAP	3	
COD LIVER OIL	3	
COMPLETE NAT PAK DHA	3	
corvita 150 tab	1	
corvita tab	1	
CORVITE 150 TAB	3	
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG	3	
cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml	1	
cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml	1	
DAVIMET-M CHW MULTIVIT	3	
DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG	3	
DAVIMET/IRON CHW	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DAYAVITE TAB	3	
DEPLIN MA CAP	3	
DERMACINRX CHW DAVIMET	3	
DERMACINRX CHW MULTIVIT	3	
DERMACINRX TAB PRETRATE	3	
DERMACINRX TAB RIBOT-E	3	
DEXATRAN CAP	3	
dexifol tab	1	
dialyvite tab	1	
DIALYVITE TAB 3000	3	
DIALYVITE TAB 5000	3	
DIALYVITE TAB SUPREM D	3	
DIALYVITE/ TAB ZINC	3	
DIATROL TAB	3	
dodex inj	1	
DOTREMIN TAB	3	
DRISDOL CAP 50000UNT	3	
DUET DHA 400 MIS 25-1-400	3	
EB-N3 DR CAP	3	
EMBRIVA TAB	3	
ERGOCALCIFER POW 40000UNT	3	
ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)	1	
fabb tab 2.2-25-1	1	
FERIVA 21/7 TAB 75-1MG	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FERIVA TAB 21/7	3	
FERRALET 90 TAB	3	
FERRO-PLEX TAB	3	
FINAZOL TAB	3	
FLORAFOL CHW 0.5MG	3	
FLORAFOL FE SOL PEDIATRC	3	
FLORAFOL PED CHW 1MG	3	
FLORAFOL PED SOL 0.25/ML	3	
FLORIVA DRO PLUS	3	
FLORRAVITE TAB	3	
FLORRAXYL TAB	3	
FLOTREX CHW	3	
FLOTREX CHW 0.5MG	3	
FLOTREX CHW 0.25MG	3	
FOLA-B TAB COMPLEX	3	
FOLAGENT CAP DHA	3	
FOLAMAX TAB	3	
FOLAMED DHA CAP	3	
FOLAPRIME TAB	3	
FOLATEXCEL TAB	3	
FOLAWISE TAB	3	
folbee plus tab cz	1	
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT	3	
FOLDITAM TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FOLETRA CAP	3	
FOLGARD OS TAB	3	
FOLGARD RX TAB	3	
FOLI-D TAB	3	
folic acid inj 5 mg/ml	1	
FOLIC ACID POW	3	
folic acid tab 1 mg	1	
folic acid-vitamin b6-vitamin b12 tab 2.2-25-0.5 mg	1	
FOLIC D3 CAP	3	
FOLICORE B TAB COMPLEX	3	
FOLIFLEX TAB	3	
FOLITE TAB	3	
FOLITIN-Z TAB	3	
FOLIVANE-PLS CAP	3	
FOLIXAPURE TAB 1-5000	3	
FOLIXATE TAB	3	
folplex 2.2 tab	1	
FOLTAMIN TAB 1-5000	3	
FOLTRATE TAB	3	
FOLTREXYL TAB	3	
FOLVITA TAB COMPLEX	3	
FOLVITE-D TAB	3	
GENICIN TAB VITA-D	3	
GENICIN TAB VITA-Q	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
genicin tab vita-s	1	
GLP-DLAX TAB	3	
HEMATINIC PL TAB VIT/MIN	3	
HEMOCYTE PLS CAP	3	
hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent)	1	
hylavite tab	1	
HYLAZINC TAB	3	
iferex 150 cap forte	1	
inatal gt tab	1	
INFLAMEX CAP	3	
INFUVITE INJ	3	
INFUVITE INJ ADULT	3	
INFUVITE INJ PEDIATRI	3	
INTEGRA PLUS CAP	3	
IRON FOLATE CAP PLUS	3	
JENLIVA CAP	3	
KEYFOLIC TAB	3	
KEYLOSA TAB	3	
KOSHR PRENAT TAB 30-1MG	3	
LIPO-B INJ	3	
LIVITA LIQ ADULTS	3	
LIVITA LIQ CHILDREN	3	
lysiplex tab plus	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MATERNACEL TAB	3	
MATERVIA CAP	3	
MEDI TAB TAB	3	
MENATROL CAP	3	
METHIO/INOS/ INJ CHOL/B12	3	
METHYLCOBALA INJ 1MG/ML	3	
METHYLCOBALA INJ 5MG/ML	3	
METHYLCOBALA INJ 10MG/ML	3	
METHYLCOBALA INJ 10000MCG	3	
METHYLCOBALA INJ 50000MCG	3	
mi-vite rx tab	1	
MICRONEX CAP	3	
MINCORA TAB	3	
multipro cap	1	
MULTITAM TAB	3	
MULTITOL-M TAB	3	
mynephron cap	1	
NA ASCORBATE POW	3	
NASCOBAL SPR 500MCG	3	
NATACHEW CHW	3	
NATAL PNV TAB	3	
NEEVO DHA CAP 27-1.13	3	
NEOMATERNA TAB	3	
NEONATAL 19 TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NEONATAL FE TAB	3	
NEONATAL TAB COMPLETE	3	
NEONATAL TAB COMPLTE	3	
NEONATAL TAB PLUS	3	
NEONATAL/DHA MIS	3	
NEOVITE TAB	3	
NEPHPLEX RX TAB	3	
NEPHROCAPS CAP	3	
NESTABS DHA PAK	3	
NEURIN-SL SUB	3	
NIACIN POW	3	
NIACINAMIDE POW	3	
niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg	1	
NICADAN TAB	3	
NICAZEL TAB	3	
NICAZEL TAB FORTE	3	
NICOMIDE TAB	3	
NICOTINAMIDE POW	3	
NITRIVIA CAP	3	
novite cap multivit	1	
nufol tab	1	
NUTRALYN TAB	3	
nutrifac zx tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NUTRIVIT LIQ 800-15-1	3	
OCUVEL CAP 0.5MG	3	
ONE VITE TAB 1MG PLUS	3	
ONEVITE TAB	3	
ORTHO DF CAP 1-3775IU	3	
OSTACHOL TAB	3	
OVEEZA CAP	3	
PABA POW	3	
paxlyte cap	1	
pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.5 mg	1	
pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.25 mg	1	
pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 1 mg	1	
phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)	1	
phytonadione inj 10 mg/ml	1	
phytonadione tab 5 mg	1	
PNV TAB 20-1 TAB	3	
poly-iron cap 150 fort	1	
polysacchari cap iron	1	
POTASSIUM P- POW AMINOBEN	3	
PREGEN DHA CAP	3	
PREGENNA TAB	3	
PREMESISRX TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PRENA1 CHW	3	
PRENA1 PEARL CAP	3	
PRENA 1 TRUE MIS	3	
PRENAISSANCE CAP	3	
PRENAISSANCE CAP PLUS	3	
PRENATAL 19 CHW 29-1MG	3	
prenatal 19 chw tab	1	
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	3	
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	3	
PRENATAL-U CAP 106.5-1	3	
PRENATE MAX TAB	3	
PRENATOL-M TAB 27-1.2MG	3	
PRENATRIX TAB	3	
PRENATRYL TAB	3	
PRENATVITE TAB COMPLETE	3	
PRENATVITE TAB PLUS	3	
PRENATVITE TAB RX	3	
PREV-RX TAB	3	
PRIMACARE CAP	3	
PRO HERS RX CAP	3	
PRO HIS RX CAP	3	
PRO PCOS RX CAP	3	
PROFOLA TAB	3	
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pyridoxine hcl inj 100 mg/ml	1	
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML	3	
PYRIDOXINE POW HCL	3	
REDICHEW RX CHW	3	
RELCARE TAB	3	
RELNATE DHA CAP	3	
REMEDIENT CAP	3	
renal cap	1	
RENATABS MIS IRON	3	
RENATABS TAB	3	
SELECT-OB+ PAK DHA	3	
SIDEROL TAB	3	
SOD ASCORBAT GRA	3	
SOD ASCORBAT GRA USP NF	3	
STROVITE FOR SYP	3	
STROVITE ONE TAB	3	
SUPERVITE LIQ	3	
SUPPORT LIQ	3	
TALIVA CAP	3	
thiamine hcl inj 100 mg/ml	1	
THIAMINE HCL POW	3	
THIAMINE HCL SOL NACL	3	
THIAMINE POW MONONITR	3	
tm-vite rx tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML	3	
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	3	
TRICARE TAB PRENATAL	3	
trinate tab	1	
triphrocaps cap	1	
TRIVIA CAP COMPLETE	3	
tronvite tab	1	
UDAMIN SP TAB	3	
v-c forte cap	1	
VENEXA FE TAB	3	
VENEXA TAB	3	
VENTRIXYL FE TAB	3	
VENTRIXYL TAB	3	
vic-forte cap	1	
VINATE DHA CAP 27-1.13	3	
virt-caps cap	1	
vita s forte tab	1	
vitacel tab	1	
VITACORE TAB	3	
VITAFOL FE+ CAP	3	
VITAFOL STRP MIS 1MG	3	
VITAFOL-NANO TAB	3	
VITAFOL-OB PAK +DHA	3	
VITAL-D RX TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VITALARA TAB	3	
VITALIPID N INJ INFANT	3	
VITAMED MD CAP ONE RX	3	
VITAMEZ CAP	3	
VITAMIN E POW ACETATE	3	
VITAMIN KIT SYS-B12	3	
VITAPEARL CAP	3	
VITAROCA PLU TAB	3	
vitasure tab	1	
VITATHELY TAB	3	
VITATRUE MIS	3	
VITLIPID N INJ ADULT	3	
VITLIPID N INJ INFANT	3	
VITRAMYN TAB	3	
VITRANOL FE TAB	3	
VITRANOL TAB	3	
VITREXATE FE TAB	3	
VITREXATE TAB	3	
VITREXYL TAB	3	
VITREXYL TAB IRON	3	
VIVA DHA CAP	3	
vp-vite rx tab	1	
WELLFOLA TAB	3	
wescaps cap	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	3	
WHEAT GERM OIL	3	
ZALVIT TAB 13-1MG	3	
ZINTREXYL-C TAB	3	
ZIPHEX TAB 13-1MG	3	
SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS		
SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS		
avanafil tab 50 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
avanafil tab 100 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
avanafil tab 200 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
BI-MIX INJ 150-5MG	3	
CAVERJECT IM KIT 10MCG	3	QL (6 units every 30 days)
CAVERJECT IM KIT 20MCG	3	QL (6 units every 30 days)
CAVERJECT INJ 20MCG	3	QL (6 units every 30 days)
CAVERJECT INJ 40MCG	3	QL (6 units every 30 days)
CIALIS TAB 2.5MG	3	QL (30 tablets every 30 days)
CIALIS TAB 10MG	3	QL (6 tablets every 30 days)
CIALIS TAB 20MG	3	QL (6 tablets every 30 days)
EDEX KIT 10MCG	3	QL (6 units every 30 days)
EDEX KIT 20MCG	3	QL (6 units every 30 days)
EDEX KIT 40MCG	3	QL (6 units every 30 days)
IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML	3	
MUSE SUP 250MCG	3	QL (6 units every 30 days)
MUSE SUP 500MCG	3	QL (6 units every 30 days)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MUSE SUP 1000MCG	3	QL (6 units every 30 days)
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML	3	
QUAD-MIX INJ	3	
sildenafil citrate tab 25 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
sildenafil citrate tab 50 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
sildenafil citrate tab 100 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
STENDRA TAB 50MG	3	QL (6 tablets every 30 days)
STENDRA TAB 100MG	3	QL (6 tablets every 30 days)
STENDRA TAB 200MG	3	QL (6 tablets every 30 days)
SUPER BI-MIX INJ 150-10MG	3	
SUPER INJ QUAD-MIX	3	
SUPER INJ TRI-MIX	3	
tadalafil tab 2.5 mg	1	QL (30 tablets every 30 days)
tadalafil tab 5 mg	1	QL (30 tablets every 30 days)
tadalafil tab 10 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
tadalafil tab 20 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
TRI-MIX INJ	3	
vardenafil hcl orally disintegrating tab 10 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
vardenafil hcl tab 2.5 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
vardenafil hcl tab 5 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
vardenafil hcl tab 10 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
vardenafil hcl tab 20 mg	1	QL (6 tablets every 30 days)
VIAGRA TAB 25MG	3	QL (6 tablets every 30 days)
VIAGRA TAB 50MG	3	QL (6 tablets every 30 days)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIAGRA TAB 100MG	3	QL (6 tablets every 30 days)

Index

A

abaneu-sl sub 4
activite tab 5
ADRENAL C TAB FORMULA 5
AFLORA TAB 5
airavite tab 5
ALTRIXA OB TAB 5
ALTRIXA TAB 5
AMINOBENZOIC POW ACID 5
AMLADEX TAB 5
AQUASOL A INJ 50000/ML 5
ASCOR SOL 25000MG 5
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML 5
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML 5
ascorbic acid inj 500 mg/ml 5
ATABEX EC TAB 29-1MG 5
ATABEX OB TAB 29-1MG 5
avanafil tab 100 mg 18
avanafil tab 200 mg 18
avanafil tab 50 mg 18
AZESCO TAB 13-1MG 5

B

B-12 COMP KIT 1000MCG 5
BACMIN TAB 5
B-COMPLEX INJ 5
b-complex inj 100 5
B-COMPLEX INJ 100 5
benzonatate cap 100 mg 4
benzonatate cap 150 mg 4
benzonatate cap 200 mg 4
BI-MIX INJ 150-5MG 18
biocel tab 5
BIOPAR DELTA CAP FORTE 6
BP VIT 3 CAP 6
b-plex plus tab 5
b-plex tab 5
bromfed dm sol 2-30-10 4

C

CA ASCORBATE POW DIHYDRAT 6
CA PANTOTHEN POW 6
CAVERJECT IM KIT 10MCG 18
CAVERJECT IM KIT 20MCG 18
CAVERJECT INJ 20MCG 18
CAVERJECT INJ 40MCG 18
CENFOL TAB 6
CENTRATEX CAP 6
CHOLECAL DF TAB 6
CIALIS TAB 10MG 18
CIALIS TAB 2.5MG 18
CIALIS TAB 20MG 18
CIFEREX CAP 6
CITRANATAL MIS B-CALM 6
CITRANATAL PAK ASSURE 6
CITRANATAL TAB BLOOM 6
COBALEFOL CAP 6
COD LIVER OIL 6
COMPLETE NAT PAK DHA 6
CO-NATAL FA TAB 29-1MG 6
corvita 150 tab 6
corvita tab 6
CORVITE 150 TAB 6
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG 6
cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml 6
cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml ..6

D

DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG 6
DAVIMET/IRON CHW 6
DAVIMET-M CHW MULTIVIT 6
DAYAVITE TAB 7
DEPLIN MA CAP 7
DERMACINRX CHW DAVIMET 7
DERMACINRX CHW MULTIVIT 7
DERMACINRX TAB PRETRATE 7
DERMACINRX TAB RIBOT-E 7
DEXATRAN CAP 7
dexifol tab 7
dialyvite tab 7
DIALYVITE TAB 3000 7
DIALYVITE TAB 5000 7
DIALYVITE TAB SUPREM D 7
DIALYVITE/ TAB ZINC 7
DIATROL TAB 7
dodex inj 7
DOTREMIN TAB 7

DRISDOL CAP 50000UNT 7
DUET DHA 400 MIS 25-1-400 7
E
EB-N3 DR CAP 7
EDEX KIT 10MCG 18
EDEX KIT 20MCG 18
EDEX KIT 40MCG 18
EMBRIVA TAB 7
ERGOCALCIFER POW 40000UNT 7
ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit) 7
F
fabb tab 2.2-25-1 7
FERIVA 21/7 TAB 75-1MG 7
FERIVA TAB 21/7 8
FERRALET 90 TAB 8
FERRO-PLEX TAB 8
FINAZOL TAB 8
FLORAFOL CHW 0.5MG 8
FLORAFOL FE SOL PEDIATRC 8
FLORAFOL PED CHW 1MG 8
FLORAFOL PED SOL 0.25/ML 8
FLORIVA DRO PLUS 8
FLORRAVITE TAB 8
FLORRAXYL TAB 8
FLOTREX CHW 8
FLOTREX CHW 0.25MG 8
FLOTREX CHW 0.5MG 8
FOLA-B TAB COMPLEX 8
FOLAGENT CAP DHA 8
FOLAMAX TAB 8
FOLAMED DHA CAP 8
FOLAPRIME TAB 8
FOLATEXCEL TAB 8
FOLAWISE TAB 8
folbee plus tab cz 8
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT 8
FOLDITAM TAB 8
FOLETRA CAP 9
FOLGARD OS TAB 9
FOLGARD RX TAB 9
folic acid inj 5 mg/ml 9
FOLIC ACID POW 9
folic acid tab 1 mg 9
folic acid-vitamin b6-vitamin b12 tab 2.2-25-0.5 mg 9
FOLIC D3 CAP 9
FOLICORE B TAB COMPLEX 9
FOLI-D TAB 9
FOLIFLEX TAB 9
FOLITE TAB 9
FOLITIN-Z TAB 9
FOLIVANE-PLS CAP 9
FOLIXAPURE TAB 1-5000 9
FOLIXATE TAB 9
folplex 2.2 tab 9
FOLTAMIN TAB 1-5000 9
FOLTRATE TAB 9
FOLTREXYL TAB 9
FOLVITA TAB COMPLEX 9
FOLVITE-D TAB 9
G
GENICIN TAB VITA-D 9
GENICIN TAB VITA-Q 9
genicin tab vita-s 10
GLP-DLAX TAB 10
H
HEMATINIC PL TAB VIT/MIN 10
HEMOCYTE PLS CAP 10
HYCODAN SYP 5-1.5/5 4
HYCODAN TAB 5-1.5MG 4
hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml 4
hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml 4
hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg 4
hydromet syp 5-1.5/5 4
hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent) 10
hylavite tab 10
HYLAZINC TAB 10
I
IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML 18
iferex 150 cap forte 10
inatal gt tab 10
INFLAMEX CAP 10
INFUVITE INJ 10
INFUVITE INJ ADULT 10
INFUVITE INJ PEDIATRI 10
INTEGRA PLUS CAP 10

IRON FOLATE CAP PLUS 10
J
JENLIVA CAP 10
K
KEYFOLIC TAB 10
KEYLOSA TAB 10
KOSHR PRENAT TAB 30-1MG 10
L
LIPO-B INJ 10
LIVITA LIQ ADULTS 10
LIVITA LIQ CHILDREN 10
lysiplex tab plus 10
M
MATERNACEL TAB 11
MATERVIA CAP 11
MEDI TAB TAB 11
MENATROL CAP 11
METHIO/INOS/ INJ CHOL/B12 11
METHYLCOBALA INJ 10000MCG 11
METHYLCOBALA INJ 10MG/ML 11
METHYLCOBALA INJ 1MG/ML 11
METHYLCOBALA INJ 50000MCG 11
METHYLCOBALA INJ 5MG/ML 11
MICRONEX CAP 11
MINCORA TAB 11
mi-vite rx tab 11
multipro cap 11
MULTITAM TAB 11
MULTITOL-M TAB 11
MUSE SUP 1000MCG 19
MUSE SUP 250MCG 18
MUSE SUP 500MCG 18
mynephron cap 11
N
NA ASCORBATE POW 11
NASCOBAL SPR 500MCG 11
NATACHEW CHW 11
NATAL PNV TAB 11
NEEVO DHA CAP 27-1.13 11
NEOMATERNA TAB 11
NEONATAL 19 TAB 11
NEONATAL FE TAB 12
NEONATAL TAB COMPLETE 12
NEONATAL TAB COMPLTE 12
NEONATAL TAB PLUS 12
NEONATAL/DHA MIS 12
NEOVITE TAB 12
NEPHPLEX RX TAB 12
NEPHROCAPS CAP 12
NESTABS DHA PAK 12
NEURIN-SL SUB 12
NIACIN POW 12
NIACINAMIDE POW 12
niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg 12
NICADAN TAB 12
NICAZEL TAB 12
NICAZEL TAB FORTE 12
NICOMIDE TAB 12
NICOTINAMIDE POW 12
NITRIVIA CAP 12
novite cap multivit 12
nufol tab 12
NUTRALYN TAB 12
nutrifac zx tab 12
NUTRIVIT LIQ 800-15-1 13
O
OCUVEL CAP 0.5MG 13
ONE VITE TAB 1MG PLUS 13
ONEVITE TAB 13
ORTHO DF CAP 1-3775IU 13
OSTACHOL TAB 13
OVEEZA CAP 13
P
PABA POW 13
paxlyte cap 13
pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.25 mg 13
pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.5 mg 13
pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 1 mg 13
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML 19
phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml) 13
phytonadione inj 10 mg/ml 13
phytonadione tab 5 mg 13
PNV TAB 20-1 TAB 13
poly-iron cap 150 fort 13
polysacchari cap iron 13
POTASSIUM P- POW AMINOBEN 13

PREGEN DHA CAP 13
PREGENNA TAB 13
PREMESISRX TAB 13
PRENA 1 TRUE MIS 14
PRENA1 CHW 14
PRENA1 PEARL CAP 14
PRENAISSANCE CAP 14
PRENAISSANCE CAP PLUS 14
PRENATAL 19 CHW 29-1MG 14
prenatal 19 chw tab 14
PRENATAL 19 TAB 29-1MG 14
PRENATAL PLS MIS MV + DHA 14
PRENATAL-U CAP 106.5-1 14
PRENATE MAX TAB 14
PRENATOL-M TAB 27-1.2MG 14
PRENATRIX TAB 14
PRENATRYL TAB 14
PRENATVITE TAB COMPLETE 14
PRENATVITE TAB PLUS 14
PRENATVITE TAB RX 14
PREV-RX TAB 14
PRIMACARE CAP 14
PRO HERS RX CAP 14
PRO HIS RX CAP 14
PRO PCOS RX CAP 14
PROFOLA TAB 14
prometh vc/ syp codeine 4
promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml 4
promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml 4
pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml 4
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT 14
pyridoxine hcl inj 100 mg/ml 15
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML 15
PYRIDOXINE POW HCL 15

Q

QUAD-MIX INJ 19

R

REDICHEW RX CHW 15
RELCARE TAB 15
RELNATE DHA CAP 15
REMEDIENT CAP 15
renal cap 15
RENATABS MIS IRON 15
RENATABS TAB 15

S

SELECT-OB+ PAK DHA 15
SIDEROL TAB 15
sildenafil citrate tab 100 mg 19
sildenafil citrate tab 25 mg 19
sildenafil citrate tab 50 mg 19
SOD ASCORBAT GRA 15
SOD ASCORBAT GRA USP NF 15
STENDRA TAB 100MG 19
STENDRA TAB 200MG 19
STENDRA TAB 50MG 19
STROVITE FOR SYP 15
STROVITE ONE TAB 15
SUPER BI-MIX INJ 150-10MG 19
SUPER INJ QUAD-MIX 19
SUPER INJ TRI-MIX 19
SUPERVITE LIQ 15
SUPPORT LIQ 15

T

tadalafil tab 10 mg 19
tadalafil tab 2.5 mg 19
tadalafil tab 20 mg 19
tadalafil tab 5 mg 19
TALIVA CAP 15
thiamine hcl inj 100 mg/ml 15
THIAMINE HCL POW 15
THIAMINE HCL SOL NACL 15
THIAMINE POW MONONITR 15
tm-vite rx tab 15
TRICARE TAB PRENATAL 16
TRI-MIX INJ 19
trinate tab 16
triphrocaps cap 16
TRIVIA CAP COMPLETE 16
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML 16
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML 16
tronvite tab 16
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG 4

U

UDAMIN SP TAB 16

V

vardenafil hcl orally disintegrating tab 10 mg 19
vardenafil hcl tab 10 mg 19

vardenafil hcl tab 2.5 mg 19
vardenafil hcl tab 20 mg 19
vardenafil hcl tab 5 mg 19
v-c forte cap 16
VENEXA FE TAB 16
VENEXA TAB 16
VENTRIXYL FE TAB 16
VENTRIXYL TAB 16
VIAGRA TAB 100MG 20
VIAGRA TAB 25MG 19
VIAGRA TAB 50MG 19
vic-forte cap 16
VINATE DHA CAP 27-1.13 16
virt-caps cap 16
vita s forte tab 16
vitacel tab 16
VITACORE TAB 16
VITAFOL FE+ CAP 16
VITAFOL STRP MIS 1MG 16
VITAFOL-NANO TAB 16
VITAFOL-OB PAK +DHA 16
VITALARA TAB 17
VITAL-D RX TAB 16
VITALIPID N INJ INFANT 17
VITAMED MD CAP ONE RX 17
VITAMEZ CAP 17
VITAMIN E POW ACETATE 17
VITAMIN KIT SYS-B12 17
VITAPEARL CAP 17
VITAROCA PLU TAB 17
vitasure tab 17
VITATHELY TAB 17
VITATRUE MIS 17
VITLIPID N INJ ADULT 17
VITLIPID N INJ INFANT 17
VITRAMYN TAB 17
VITRANOL FE TAB 17
VITRANOL TAB 17
VITREXATE FE TAB 17
VITREXATE TAB 17
VITREXYL TAB 17
VITREXYL TAB IRON 17
VIVA DHA CAP 17
vp-vite rx tab 17

W

WELLFOLA TAB 17
wescaps cap 17
WESNATAL DHA PAK COMPLETE 18
WHEAT GERM OIL 18

Z

ZALVIT TAB 13-1MG 18
ZINTREXYL-C TAB 18
ZIPHEX TAB 13-1MG 18

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/learngoupma.

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., licenciatario 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.