



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 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 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 LEAN 4T Effective 01/01/2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<u>COUGH AND COLD AGENTS</u>		
<i>COUGH AND COLD AGENTS</i>		
<i>benzonatate cap 100 mg</i>	2	
<i>benzonatate cap 150 mg</i>	2	
<i>benzonatate cap 200 mg</i>	2	
<i>bromfed dm sol 2-30-10</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)
<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 syp 5-1.5/5</i>	2	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>prometh vc/ syp 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>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)
<u>PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS</u>		
<i>PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS</i>		
<i>abaneu-sl sub</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>activite tab</i>	2	
ADRENAL C TAB FORMULA	4	
AFLORA TAB	4	
<i>airavite tab</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	
<i>b-complex inj 100</i>	2	
B-COMPLEX INJ 100	4	
<i>b-plex plus tab</i>	2	
<i>b-plex tab</i>	2	
BACMIN TAB	4	
<i>biocel tab</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BIOPAR DELTA CAP FORTE	4	
BP VIT 3 CAP	4	
CA ASCORBATE POW DIHYDRAT	4	
CA PANTOTHEN POW	4	
CENFOL TAB	4	
CENTRATEX CAP	4	
CHOLECAL DF TAB	4	
CIFEREX CAP	4	
CITRANATAL MIS B-CALM	4	
CITRANATAL PAK ASSURE	4	
CITRANATAL TAB BLOOM	4	
CO-NATAL FA TAB 29-1MG	4	
COBALEFOL CAP	4	
COD LIVER OIL	4	
COMPLETE NAT PAK DHA	4	
<i>corvita 150 tab</i>	2	
<i>corvita tab</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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 tab</i>	2	
<i>dialyvite tab</i>	2	
DIALYVITE TAB 3000	4	
DIALYVITE TAB 5000	4	
DIALYVITE TAB SUPREM D	4	
DIALYVITE/ TAB ZINC	4	
DIATROL TAB	4	
<i>dodex inj</i>	2	
DOTREMIN TAB	4	
DRISDOL CAP 50000UNT	4	
DUET DHA 400 MIS 25-1-400	4	
EB-N3 DR CAP	4	
EMBRIVA TAB	4	
ERGOCALCIFER POW 40000UNT	4	
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	2	
<i>fabb tab 2.2-25-1</i>	2	
FERIVA 21/7 TAB 75-1MG	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FERIVA TAB 21/7	4	
FERRALET 90 TAB	4	
FERRO-PLEX TAB	4	
FINAZOL TAB	4	
FLORAFOL CHW 0.5MG	4	
FLORAFOL FE SOL PEDIATRC	4	
FLORAFOL PED CHW 1MG	4	
FLORAFOL PED SOL 0.25/ML	4	
FLORIVA DRO PLUS	4	
FLORRAVITE TAB	4	
FLORRAXYL TAB	4	
FLOTREX CHW	4	
FLOTREX CHW 0.5MG	4	
FLOTREX CHW 0.25MG	4	
FOLA-B TAB COMPLEX	4	
FOLAGENT CAP DHA	4	
FOLAMAX TAB	4	
FOLAMED DHA CAP	4	
FOLAPRIME TAB	4	
FOLATEXCEL TAB	4	
FOLAWISE TAB	4	
<i>folbee plus tab cz</i>	2	
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT	4	
FOLDITAM TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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-PLS CAP	4	
FOLIXAPURE TAB 1-5000	4	
FOLIXATE TAB	4	
<i>folplex 2.2 tab</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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>genicin tab 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 tab</i>	2	
HYLAZINC TAB	4	
<i>iferex 150 cap forte</i>	2	
<i>inatal gt tab</i>	2	
INFLAMEX CAP	4	
INFUVITE INJ	4	
INFUVITE INJ ADULT	4	
INFUVITE INJ PEDIATRI	4	
INTEGRA PLUS CAP	4	
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 tab plus</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MATERNACEL TAB	4	
MATERVIA CAP	4	
MEDI TAB TAB	4	
MENATROL CAP	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 tab</i>	2	
MICRONEX CAP	4	
MINCORA TAB	4	
<i>multipro cap</i>	2	
MULTITAM TAB	4	
MULTITOL-M TAB	4	
<i>mynephron cap</i>	2	
NA ASCORBATE POW	4	
NASCOBAL SPR 500MCG	4	
NATACHEW CHW	4	
NATAL PNV TAB	4	
NEEVO DHA CAP 27-1.13	4	
NEOMATERNA TAB	4	
NEONATAL 19 TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NEONATAL FE TAB	4	
NEONATAL TAB COMPLETE	4	
NEONATAL TAB COMPLTE	4	
NEONATAL TAB PLUS	4	
NEONATAL/DHA MIS	4	
NEOVITE TAB	4	
NEPHPLEX RX TAB	4	
NEPHROCAPS CAP	4	
NESTABS DHA PAK	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	
<i>novite cap multivit</i>	2	
<i>nufol tab</i>	2	
NUTRALYN TAB	4	
<i>nutrifac zx tab</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NUTRIVIT LIQ 800-15-1	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 cap</i>	2	
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.5 mg</i>	2	
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.25 mg</i>	2	
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 1 mg</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 TAB 20-1 TAB	4	
<i>poly-iron cap 150 fort</i>	2	
<i>polysacchari cap iron</i>	2	
POTASSIUM P- POW AMINOBEN	4	
PREGEN DHA CAP	4	
PREGENNA TAB	4	
PREMESISRX TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PRENA1 CHW	4	
PRENA1 PEARL CAP	4	
PRENA 1 TRUE MIS	4	
PRENAISSANCE CAP	4	
PRENAISSANCE CAP PLUS	4	
PRENATAL 19 CHW 29-1MG	4	
<i>prenatal 19 chw tab</i>	2	
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	4	
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	4	
PRENATAL-U CAP 106.5-1	4	
PRENATE MAX TAB	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	
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	2	
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML	4	
PYRIDOXINE POW HCL	4	
REDICHEW RX CHW	4	
RELCARE TAB	4	
RELNATE DHA CAP	4	
REMEDIENT CAP	4	
<i>renal cap</i>	2	
RENATABS MIS IRON	4	
RENATABS TAB	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	
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	2	
THIAMINE HCL POW	4	
THIAMINE HCL SOL NACL	4	
THIAMINE POW MONONITR	4	
<i>tm-vite rx tab</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML	4	
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	4	
TRICARE TAB PRENATAL	4	
<i>trinate tab</i>	2	
<i>triphrocaps cap</i>	2	
TRIVIA CAP COMPLETE	4	
<i>tronvite tab</i>	2	
UDAMIN SP TAB	4	
<i>v-c forte cap</i>	2	
VENEXA FE TAB	4	
VENEXA TAB	4	
VENTRIXYL FE TAB	4	
VENTRIXYL TAB	4	
<i>vic-forte cap</i>	2	
VINATE DHA CAP 27-1.13	4	
<i>virt-caps cap</i>	2	
<i>vita s forte tab</i>	2	
<i>vitacel tab</i>	2	
VITACORE TAB	4	
VITAFOL FE+ CAP	4	
VITAFOL STRP MIS 1MG	4	
VITAFOL-NANO TAB	4	
VITAFOL-OB PAK +DHA	4	
VITAL-D RX TAB	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VITALARA TAB	4	
VITALIPID N INJ INFANT	4	
VITAMED MD CAP ONE RX	4	
VITAMEZ CAP	4	
VITAMIN E POW ACETATE	4	
VITAMIN KIT SYS-B12	4	
VITAPEARL CAP	4	
VITAROCA PLU TAB	4	
<i>vitasure tab</i>	2	
VITATHELY TAB	4	
VITATRUE MIS	4	
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 tab</i>	2	
WELLFOLA TAB	4	
<i>wescaps cap</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	4	
WHEAT GERM OIL	4	
ZALVIT TAB 13-1MG	4	
ZINTREXYL-C TAB	4	
ZIPHEX TAB 13-1MG	4	

SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS

SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS

<i>avanafil tab 50 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>avanafil tab 100 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>avanafil tab 200 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
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 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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)
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>vardenafil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>vardenafil hcl tab 2.5 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>vardenafil hcl tab 5 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>vardenafil hcl tab 10 mg</i>	2	QL (6 tablets every 30 days)
<i>vardenafil 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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIAGRA TAB 100MG	4	QL (6 tablets every 30 days)

Index

A	
<i>abaneu-sl sub</i>	4
<i>activite tab</i>	5
ADRENAL C TAB FORMULA	5
AFLORA TAB	5
<i>airavite tab</i>	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
<i>ascorbic acid inj 500 mg/ml</i>	5
ATABEX EC TAB 29-1MG.....	5
ATABEX OB TAB 29-1MG	5
<i>avanafil tab 100 mg</i>	18
<i>avanafil tab 200 mg</i>	18
<i>avanafil tab 50 mg</i>	18
AZESCO TAB 13-1MG.....	5
B	
B-12 COMP KIT 1000MCG	5
BACMIN TAB	5
B-COMPLEX INJ	5
<i>b-complex inj 100</i>	5
B-COMPLEX INJ 100	5
<i>benzonatate cap 100 mg</i>	4
<i>benzonatate cap 150 mg</i>	4
<i>benzonatate cap 200 mg</i>	4
BI-MIX INJ 150-5MG	18
<i>biocel tab</i>	5
BIOPAR DELTA CAP FORTE	6
BP VIT 3 CAP	6
<i>b-plex plus tab</i>	5
<i>b-plex tab</i>	5
<i>bromfed dm sol 2-30-10</i>	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
<i>corvita 150 tab</i>	6
<i>corvita tab</i>	6
CORVITE 150 TAB	6
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG.....	6
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	6
<i>cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml</i> ..	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
<i>dexifol tab</i>	7
<i>dialyvite tab</i>	7
DIALYVITE TAB 3000	7
DIALYVITE TAB 5000	7
DIALYVITE TAB SUPREM D.....	7
DIALYVITE/ TAB ZINC	7
DIATROL TAB	7
<i>dodex inj</i>	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
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	7

F

<i>fabb tab 2.2-25-1</i>	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
<i>folbee plus tab cz</i>	8
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT	8
FOLDITAM TAB	8
FOLETRA CAP	9
FOLGARD OS TAB	9
FOLGARD RX TAB	9
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	9
FOLIC ACID POW	9
<i>folic acid tab 1 mg</i>	9
<i>folic acid-vitamin b6-vitamin b12 tab 2.2-25-0.5 mg</i>	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
<i>folplex 2.2 tab</i>	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
<i>genicin tab vita-s</i>	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
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	4
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	4
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	4
<i>hydromet syp 5-1.5/5</i>	4
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent)</i>	10
<i>hylavite tab</i>	10
HYLAZINC TAB	10

I

IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML	18
<i>iferex 150 cap forte</i>	10
<i>inatal gt tab</i>	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
<i>lysiplex tab plus</i>	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
<i>mi-vite rx tab</i>	11
<i>multipro cap</i>	11
MULTITAM TAB.....	11
MULTITOL-M TAB	11
MUSE SUP 1000MCG	19
MUSE SUP 250MCG	18
MUSE SUP 500MCG	18
<i>mynephron cap</i>	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
<i>niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg</i>	12
NICADAN TAB.....	12
NICAZEL TAB	12
NICAZEL TAB FORTE.....	12
NICOMIDE TAB	12
NICOTINAMIDE POW	12
NITRIVIA CAP	12
<i>novite cap multivit</i>	12
<i>nufol tab</i>	12
NUTRALYN TAB	12
<i>nutrifac zx tab</i>	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
<i>paxlyte cap</i>	13
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.25 mg</i>	13
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.5 mg</i>	13
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 1 mg</i>	13
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML	19
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	13
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	13
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	13
PNV TAB 20-1 TAB	13
<i>poly-iron cap 150 fort</i>	13
<i>polysacchari cap iron</i>	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
<i>prenatal 19 chw tab</i>	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
<i>prometh vc/ syp codeine</i>	4
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10</i> <i>mg/5ml</i>	4
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	4
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10</i> <i>mg/5ml</i>	4
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	14
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	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
<i>renal cap</i>	15
RENATABS MIS IRON.....	15

RENATABS TAB.....	15
S	
SELECT-OB+ PAK DHA	15
SIDEROL TAB	15
<i>sildenafil citrate tab 100 mg</i>	19
<i>sildenafil citrate tab 25 mg</i>	19
<i>sildenafil citrate tab 50 mg</i>	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	
<i>tadalafil tab 10 mg</i>	19
<i>tadalafil tab 2.5 mg</i>	19
<i>tadalafil tab 20 mg</i>	19
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	19
TALIVA CAP	15
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	15
THIAMINE HCL POW	15
THIAMINE HCL SOL NACL	15
THIAMINE POW MONONITR	15
<i>tm-vite rx tab</i>	15
TRICARE TAB PRENATAL	16
TRI-MIX INJ.....	19
<i>trinate tab</i>	16
<i>triphrocaps cap</i>	16
TRIVIA CAP COMPLETE.....	16
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	16
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML	16
<i>tronvite tab</i>	16
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	4
U	
UDAMIN SP TAB	16
V	
<i>varденаfil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i>	19
<i>varденаfil hcl tab 10 mg</i>	19

<i>varденаfil hcl tab 2.5 mg</i>	19
<i>varденаfil hcl tab 20 mg</i>	19
<i>varденаfil hcl tab 5 mg</i>	19
<i>v-c forte cap</i>	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
<i>vic-forte cap</i>	16
VINATE DHA CAP 27-1.13	16
<i>virt-caps cap</i>	16
<i>vita s forte tab</i>	16
<i>vitacel tab</i>	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
<i>vitasure tab</i>	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
<i>vp-vite rx tab</i>	17

W

WELLFOLA TAB	17
<i>wescaps cap</i>	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/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., licenciario 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.