



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 22. 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 STND 3T Effective 01/01/2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<u>ANTI-OBESITY AGENTS</u>		
<i>ANTI-OBESITY AGENTS</i>		
ADIPEX-P TAB 37.5MG	3	PA, QL (30 tablets every 30 days)
<i>benzphetamine hcl tab 50 mg</i>	1	PA, QL (90 tablets every 30 days)
CONTRAVE TAB 8-90MG	3	PA, QL (120 tablets every 30 days)
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg</i>	1	PA, QL (90 tablets every 30 days)
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg</i>	1	PA, QL (30 tablets every 30 days)
<i>lomaira tab 8mg</i>	3	PA, QL (90 tablets every 30 days)
<i>orlistat cap 120 mg</i>	1	PA, QL (90 capsules every 30 days)
PHENDIMETRAZ CAP 105MG ER	3	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phendimetrazine tartrate tab 35 mg</i>	1	PA, QL (180 tablets every 30 days)
<i>phentermine hcl cap 15 mg</i>	1	PA, QL (60 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl cap 30 mg</i>	1	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl cap 37.5 mg</i>	1	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl tab 37.5 mg</i>	1	PA, QL (30 tablets every 30 days)
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 3.75-23 mg</i>	1	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 7.5-46 mg</i>	1	PA, QL (30 capsules every 30 days)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 11.25-69 mg</i>	1	PA, QL (30 capsules every 30 days)
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 15-92 mg</i>	1	PA, QL (30 capsules every 30 days)
PLENITY CAP	3	
PLENITY CAP WELCOME	3	
QSYMIA CAP 3.75-23	3	PA, QL (30 capsules every 30 days)
QSYMIA CAP 7.5-46MG	3	PA, QL (30 capsules every 30 days)
QSYMIA CAP 11.25-69	3	PA, QL (30 capsules every 30 days)
QSYMIA CAP 15-92MG	3	PA, QL (30 capsules every 30 days)
WEGOVY INJ 0.5MG	3	PA, QL (2 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 0.25MG	3	PA, QL (2 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 1.7MG	3	PA, QL (3 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 1MG	3	PA, QL (2 mL every 28 days)
WEGOVY INJ 2.4MG	3	PA, QL (3 mL every 28 days)
XENICAL CAP 120MG	3	PA, QL (90 capsules every 30 days)

COUGH AND COLD AGENTS

COUGH AND COLD AGENTS

<i>benzonatate cap 100 mg</i>	1	
<i>benzonatate cap 150 mg</i>	1	
<i>benzonatate cap 200 mg</i>	1	
<i>bromfed dm sol 2-30-10</i>	1	
HYCODAN SYP 5-1.5/5	3	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HYCODAN TAB 5-1.5MG	3	QL (6 tablets and/or Max 7 day supply per 30 days)
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	1	QL (10 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	1	QL (6 tablets and/or Max 7 day supply per 30 days)
<i>hydromet syp 5-1.5/5</i>	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>prometh vc/ syp codeine</i>	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	1	QL (30 mL every day; Max 7 day supply per 30 days)
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	1	
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	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

<i>abaneu-sl sub</i>	1	
<i>activite tab</i>	1	
ADRENAL C TAB FORMULA	3	
AFLORA TAB	3	
<i>airavite tab</i>	1	
ALTRIXA OB TAB	3	
ALTRIXA TAB	3	
AMINOBENZOIC POW ACID	3	
AMLADEX TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AQUASOL A INJ 50000/ML	3	
ASCOR SOL 25000MG	3	
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML	3	
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML	3	
<i>ascorbic acid inj 500 mg/ml</i>	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	
<i>b-complex inj 100</i>	1	
B-COMPLEX INJ 100	3	
<i>b-plex plus tab</i>	1	
<i>b-plex tab</i>	1	
BACMIN TAB	3	
<i>biocel tab</i>	1	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>corvita 150 tab</i>	1	
<i>corvita tab</i>	1	
CORVITE 150 TAB	3	
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG	3	
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	1	
<i>cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml</i>	1	
DAVIMET-M CHW MULTIVIT	3	
DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG	3	
DAVIMET/IRON CHW	3	
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	
<i>dexifol tab</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dialyvite tab</i>	1	
DIALYVITE TAB 3000	3	
DIALYVITE TAB 5000	3	
DIALYVITE TAB SUPREM D	3	
DIALYVITE/ TAB ZINC	3	
DIATROL TAB	3	
<i>dodex inj</i>	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	
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	1	
<i>fabb tab 2.2-25-1</i>	1	
FERIVA 21/7 TAB 75-1MG	3	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>folbee plus tab cz</i>	1	
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT	3	
FOLDITAM TAB	3	
FOLETRA CAP	3	
FOLGARD OS TAB	3	
FOLGARD RX TAB	3	
FOLI-D TAB	3	
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	1	
FOLIC ACID POW	3	
<i>folic acid tab 1 mg</i>	1	
<i>folic acid-vitamin b6-vitamin b12 tab 2.2-25-0.5 mg</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>folplex 2.2 tab</i>	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	
<i>genicin tab vita-s</i>	1	
GLP-DLAX TAB	3	
HEMATINIC PL TAB VIT/MIN	3	
HEMOCYTE PLS CAP	3	
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent)</i>	1	
<i>hylavite tab</i>	1	
HYLAZINC TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>iferex 150 cap forte</i>	1	
<i>inatal gt tab</i>	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	
<i>lysiplex tab plus</i>	1	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
METHYLCOBALA INJ 10000MCG	3	
METHYLCOBALA INJ 50000MCG	3	
<i>mi-vite rx tab</i>	1	
MICRONEX CAP	3	
MINCORA TAB	3	
<i>multipro cap</i>	1	
MULTITAM TAB	3	
MULTITOL-M TAB	3	
<i>mynephron cap</i>	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	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NESTABS DHA PAK	3	
NEURIN-SL SUB	3	
NIACIN POW	3	
NIACINAMIDE POW	3	
<i>niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg</i>	1	
NICADAN TAB	3	
NICAZEL TAB	3	
NICAZEL TAB FORTE	3	
NICOMIDE TAB	3	
NICOTINAMIDE POW	3	
NITRIVIA CAP	3	
<i>novite cap multivit</i>	1	
<i>nufol tab</i>	1	
NUTRALYN TAB	3	
<i>nutrifac zx tab</i>	1	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>paxlyte cap</i>	1	
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.5 mg</i>	1	
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.25 mg</i>	1	
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 1 mg</i>	1	
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	1	
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	1	
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	1	
PNV TAB 20-1 TAB	3	
<i>poly-iron cap 150 fort</i>	1	
<i>polysacchari cap iron</i>	1	
POTASSIUM P- POW AMINO BEN	3	
PREGEN DHA CAP	3	
PREGENNA TAB	3	
PREMESISRX TAB	3	
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	
<i>prenatal 19 chw tab</i>	1	
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	1	
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML	3	
PYRIDOXINE POW HCL	3	
REDICHEW RX CHW	3	
RELCARE TAB	3	
RELNATE DHA CAP	3	
REMEDIENT CAP	3	
<i>renal cap</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	1	
THIAMINE HCL POW	3	
THIAMINE HCL SOL NACL	3	
THIAMINE POW MONONITR	3	
<i>tm-vite rx tab</i>	1	
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML	3	
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	3	
TRICARE TAB PRENATAL	3	
<i>trinate tab</i>	1	
<i>triphocaps cap</i>	1	
TRIVIA CAP COMPLETE	3	
<i>tronvite tab</i>	1	
UDAMIN SP TAB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>v-c forte cap</i>	1	
VENEXA FE TAB	3	
VENEXA TAB	3	
VENTRIXYL FE TAB	3	
VENTRIXYL TAB	3	
<i>vic-forte cap</i>	1	
VINATE DHA CAP 27-1.13	3	
<i>virt-caps cap</i>	1	
<i>vita s forte tab</i>	1	
<i>vitacel tab</i>	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	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vitasure tab</i>	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	
<i>vp-vite rx tab</i>	1	
WELLFOLA TAB	3	
<i>wescaps cap</i>	1	
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

<i>avanafil tab 50 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
---------------------------	---	------------------------------

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>avanafil tab 100 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>avanafil tab 200 mg</i>	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)
MUSE SUP 1000MCG	3	QL (6 units every 30 days)
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML	3	
QUAD-MIX INJ	3	
<i>sildenafil citrate tab 25 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>sildenafil citrate tab 50 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>sildenafil citrate tab 100 mg</i>	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
<i>tadalafil tab 2.5 mg</i>	1	QL (30 tablets every 30 days)
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	1	QL (30 tablets every 30 days)
<i>tadalafil tab 10 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>tadalafil tab 20 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
TRI-MIX INJ	3	
<i>varденаfil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 2.5 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 5 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 10 mg</i>	1	QL (6 tablets every 30 days)
<i>varденаfil hcl tab 20 mg</i>	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)
VIAGRA TAB 100MG	3	QL (6 tablets every 30 days)

Index

A	
<i>abaneu-sl sub</i>	6
<i>activite tab</i>	6
ADIPEX-P TAB 37.5MG	4
ADRENAL C TAB FORMULA	6
AFLORA TAB	6
<i>airavite tab</i>	6
ALTRIXA OB TAB	6
ALTRIXA TAB.....	6
AMINOBENZOIC POW ACID	6
AMLADEX TAB	6
AQUASOL A INJ 50000/ML	7
ASCOR SOL 25000MG	7
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML.....	7
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML.....	7
<i>ascorbic acid inj 500 mg/ml</i>	7
ATABEX EC TAB 29-1MG.....	7
ATABEX OB TAB 29-1MG	7
<i>avanafil tab 100 mg</i>	20
<i>avanafil tab 200 mg</i>	20
<i>avanafil tab 50 mg</i>	19
AZESCO TAB 13-1MG.....	7
B	
B-12 COMP KIT 1000MCG	7
BACMIN TAB	7
B-COMPLEX INJ	7
<i>b-complex inj 100</i>	7
B-COMPLEX INJ 100	7
<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
BI-MIX INJ 150-5MG	20
<i>biocel tab</i>	7
BIOPAR DELTA CAP FORTE	7
BP VIT 3 CAP	7
<i>b-plex plus tab</i>	7
<i>b-plex tab</i>	7
<i>bromfed dm sol 2-30-10</i>	5
C	
CA ASCORBATE POW DIHYDRAT	7
CA PANTOTHEN POW	7
CAVERJECT IM KIT 10MCG	20
CAVERJECT IM KIT 20MCG	20
CAVERJECT INJ 20MCG	20
CAVERJECT INJ 40MCG	20
CENFOL TAB	7
CENTRATEX CAP	7
CHOLECAL DF TAB	7
CIALIS TAB 10MG.....	20
CIALIS TAB 2.5MG	20
CIALIS TAB 20MG.....	20
CIFEREX CAP	7
CITRANATAL MIS B-CALM	8
CITRANATAL PAK ASSURE	8
CITRANATAL TAB BLOOM.....	8
COBALEFOL CAP.....	8
COD LIVER OIL.....	8
COMPLETE NAT PAK DHA.....	8
CO-NATAL FA TAB 29-1MG.....	8
CONTRAVE TAB 8-90MG	4
<i>corvita 150 tab</i>	8
<i>corvita tab</i>	8
CORVITE 150 TAB	8
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG.....	8
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	8
<i>cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml</i> ..8	
D	
DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG	8
DAVIMET/IRON CHW	8
DAVIMET-M CHW MULTIVIT.....	8
DAYAVITE TAB	8
DEPLIN MA CAP	8
DERMACINRX CHW DAVIMET	8
DERMACINRX CHW MULTIVIT.....	8
DERMACINRX TAB PRETRATE.....	8
DERMACINRX TAB RIBOT-E.....	8
DEXATRAN CAP.....	8
<i>dexifol tab</i>	8
<i>dialyvite tab</i>	9
DIALYVITE TAB 3000	9
DIALYVITE TAB 5000	9
DIALYVITE TAB SUPREM D.....	9
DIALYVITE/ TAB ZINC	9

DIATROL TAB	9
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg</i>	4
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg</i>	4
<i>dodex inj</i>	9
DOTREMIN TAB.....	9
DRISDOL CAP 50000UNT	9
DUET DHA 400 MIS 25-1-400	9
E	
EB-N3 DR CAP	9
EDEX KIT 10MCG	20
EDEX KIT 20MCG	20
EDEX KIT 40MCG	20
EMBRIVA TAB.....	9
ERGOCALCIFER POW 40000UNT	9
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	9
F	
<i>fabb tab 2.2-25-1</i>	9
FERIVA 21/7 TAB 75-1MG.....	9
FERIVA TAB 21/7	9
FERRALET 90 TAB.....	9
FERRO-PLEX TAB	9
FINAZOL TAB.....	9
FLORAFOL CHW 0.5MG	9
FLORAFOL FE SOL PEDIATRC	9
FLORAFOL PED CHW 1MG.....	9
FLORAFOL PED SOL 0.25/ML	9
FLORIVA DRO PLUS	10
FLORRAVITE TAB.....	10
FLORRAXYL TAB.....	10
FLOTREX CHW	10
FLOTREX CHW 0.25MG	10
FLOTREX CHW 0.5MG	10
FOLA-B TAB COMPLEX	10
FOLAGENT CAP DHA	10
FOLAMAX TAB	10
FOLAMED DHA CAP	10
FOLAPRIME TAB	10
FOLATEXCEL TAB	10
FOLAWISE TAB	10
<i>folbee plus tab cz</i>	10
FOLCYTEINE TAB MULTIVIT	10
FOLDITAM TAB	10
FOLETRA CAP	10
FOLGARD OS TAB	10
FOLGARD RX TAB.....	10

<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	10
FOLIC ACID POW	10
<i>folic acid tab 1 mg</i>	10
<i>folic acid-vitamin b6-vitamin b12 tab 2.2-25-0.5 mg</i>	10
FOLIC D3 CAP	11
FOLICORE B TAB COMPLEX	11
FOLI-D TAB.....	10
FOLIFLEX TAB	11
FOLITE TAB	11
FOLITIN-Z TAB.....	11
FOLIVANE-PLS CAP	11
FOLIXAPURE TAB 1-5000	11
FOLIXATE TAB	11
<i>folplex 2.2 tab</i>	11
FOLTAMIN TAB 1-5000.....	11
FOLTRATE TAB	11
FOLTREXYL TAB.....	11
FOLVITA TAB COMPLEX	11
FOLVITE-D TAB.....	11
G	
GENICIN TAB VITA-D	11
GENICIN TAB VITA-Q	11
<i>genicin tab vita-s</i>	11
GLP-DLAX TAB.....	11
H	
HEMATINIC PL TAB VIT/MIN	11
HEMOCYTE PLS CAP	11
HYCODAN SYP 5-1.5/5	5
HYCODAN TAB 5-1.5MG	6
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	6
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	6
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	6
<i>hydromet syp 5-1.5/5</i>	6
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent)</i>	11
<i>hylavite tab</i>	11
HYLAZINC TAB.....	11
I	
IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML	20
<i>iferex 150 cap forte</i>	12
<i>inatal gt tab</i>	12

INFLAMEX CAP	12
INFUVITE INJ	12
INFUVITE INJ ADULT	12
INFUVITE INJ PEDIATRI	12
INTEGRA PLUS CAP.....	12
IRON FOLATE CAP PLUS	12

J

JENLIVA CAP	12
-------------------	----

K

KEYFOLIC TAB	12
KEYLOSA TAB	12
KOSHR PRENAT TAB 30-1MG	12

L

LIPO-B INJ	12
LIVITA LIQ ADULTS	12
LIVITA LIQ CHILDREN	12
<i>lomaira tab 8mg</i>	4
<i>lysiplex tab plus</i>	12

M

MATERNACEL TAB	12
MATERVIA CAP	12
MEDI TAB TAB	12
MENATROL CAP	12
METHIO/INOS/ INJ CHOL/B12.....	12
METHYLCOBALA INJ 10000MCG.....	13
METHYLCOBALA INJ 10MG/ML.....	12
METHYLCOBALA INJ 1MG/ML	12
METHYLCOBALA INJ 50000MCG.....	13
METHYLCOBALA INJ 5MG/ML	12
MICRONEX CAP	13
MINCORA TAB	13
<i>mi-vite rx tab</i>	13
<i>multipro cap</i>	13
MULTITAM TAB.....	13
MULTITOL-M TAB	13
MUSE SUP 1000MCG	20
MUSE SUP 250MCG	20
MUSE SUP 500MCG	20
<i>mynephron cap</i>	13

N

NA ASCORBATE POW	13
NASCOBAL SPR 500MCG	13
NATACHEW CHW	13
NATAL PNV TAB	13
NEEVO DHA CAP 27-1.13	13

NEOMATERNA TAB	13
NEONATAL 19 TAB.....	13
NEONATAL FE TAB.....	13
NEONATAL TAB COMPLETE	13
NEONATAL TAB COMPLTE	13
NEONATAL TAB PLUS.....	13
NEONATAL/DHA MIS	13
NEOVITE TAB	13
NEPHPLEX RX TAB	13
NEPHROCAPS CAP.....	13
NESTABS DHA PAK.....	14
NEURIN-SL SUB.....	14
NIACIN POW	14
NIACINAMIDE POW	14
<i>niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg</i>	14
NICADAN TAB.....	14
NICAZEL TAB	14
NICAZEL TAB FORTE.....	14
NICOMIDE TAB	14
NICOTINAMIDE POW	14
NITRIVIA CAP	14
<i>novite cap multivit</i>	14
<i>nufol tab</i>	14
NUTRALYN TAB	14
<i>nutrifac zx tab</i>	14
NUTRIVIT LIQ 800-15-1	14

O

OCUVEL CAP 0.5MG	14
ONE VITE TAB 1MG PLUS.....	14
ONEVITE TAB	14
<i>orlistat cap 120 mg</i>	4
ORTHO DF CAP 1-3775IU.....	14
OSTACHOL TAB.....	14
OVEEZA CAP	14

P

PABA POW	14
<i>paxlyte cap</i>	15
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.25 mg</i>	15
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 0.5 mg</i>	15
<i>pediatric multiple vitamins w/ fluoride chew tab 1 mg</i>	15
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
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 11.25-69 mg</i>	5
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 15-92 mg</i>	5
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 3.75-23 mg</i>	4
<i>phentermine hcl-topiramate cap er 24hr 7.5-46 mg</i>	4
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML.....	20
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	15
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	15
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	15
PLENITY CAP	5
PLENITY CAP WELCOME.....	5
PNV TAB 20-1 TAB	15
<i>poly-iron cap 150 fort</i>	15
<i>polysacchari cap iron</i>	15
POTASSIUM P- POW AMINOBEN	15
PREGEN DHA CAP	15
PREGENNA TAB.....	15
PREMESISRX TAB.....	15
PRENA 1 TRUE MIS	15
PRENA1 CHW	15
PRENA1 PEARL CAP	15
PRENAISSANCE CAP.....	15
PRENAISSANCE CAP PLUS	15
PRENATAL 19 CHW 29-1MG	15
<i>prenatal 19 chw tab</i>	15
PRENATAL 19 TAB 29-1MG	15
PRENATAL PLS MIS MV + DHA	16
PRENATAL-U CAP 106.5-1	16
PRENATE MAX TAB	16
PRENATOL-M TAB 27-1.2MG.....	16
PRENATRIX TAB	16
PRENATRYL TAB	16
PRENATVITE TAB COMPLETE	16
PRENATVITE TAB PLUS.....	16
PRENATVITE TAB RX.....	16
PREV-RX TAB.....	16
PRIMACARE CAP	16

PRO HERS RX CAP	16
PRO HIS RX CAP	16
PRO PCOS RX CAP	16
PROFOLA TAB	16
<i>prometh vc/ syp codeine</i>	6
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	6
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	6
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	6
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	16
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	16
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML	16
PYRIDOXINE POW HCL	16
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.....	20
R	
REDICHEW RX CHW.....	16
RELCARE TAB.....	16
RELNATE DHA CAP	16
REMEDIENT CAP	16
<i>renal cap</i>	16
RENATABS MIS IRON	17
RENATABS TAB.....	17
S	
SELECT-OB+ PAK DHA	17
SIDEROL TAB	17
<i>sildenafil citrate tab 100 mg</i>	20
<i>sildenafil citrate tab 25 mg</i>	20
<i>sildenafil citrate tab 50 mg</i>	20
SOD ASCORBAT GRA	17
SOD ASCORBAT GRA USP NF	17
STENDRA TAB 100MG	20
STENDRA TAB 200MG	21
STENDRA TAB 50MG.....	20
STROVITE FOR SYP.....	17
STROVITE ONE TAB.....	17
SUPER BI-MIX INJ 150-10MG.....	21
SUPER INJ QUAD-MIX	21
SUPER INJ TRI-MIX	21
SUPERVITE LIQ	17

SUPPORT LIQ.....	17
T	
<i>tadalafil tab 10 mg</i>	21
<i>tadalafil tab 2.5 mg</i>	21
<i>tadalafil tab 20 mg</i>	21
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	21
TALIVA CAP	17
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	17
THIAMINE HCL POW	17
THIAMINE HCL SOL NACL	17
THIAMINE POW MONONITR	17
<i>tm-vite rx tab</i>	17
TRICARE TAB PRENATAL.....	17
TRI-MIX INJ	21
<i>trinate tab</i>	17
<i>triprocaps cap</i>	17
TRIVIA CAP COMPLETE	17
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	17
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML.....	17
<i>tronvite tab</i>	17
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	6
U	
UDAMIN SP TAB	17
V	
<i>varденаfil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i>	21
<i>varденаfil hcl tab 10 mg</i>	21
<i>varденаfil hcl tab 2.5 mg</i>	21
<i>varденаfil hcl tab 20 mg</i>	21
<i>varденаfil hcl tab 5 mg</i>	21
<i>v-c forte cap</i>	18
VENEXA FE TAB.....	18
VENEXA TAB	18
VENTRIXYL FE TAB.....	18
VENTRIXYL TAB	18
VIAGRA TAB 100MG.....	21
VIAGRA TAB 25MG	21
VIAGRA TAB 50MG	21
<i>vic-forte cap</i>	18
VINATE DHA CAP 27-1.13	18
<i>virt-caps cap</i>	18
<i>vita s forte tab</i>	18
<i>vitacel tab</i>	18
VITACORE TAB.....	18

VITAFOL FE+ CAP	18
VITAFOL STRP MIS 1MG	18
VITAFOL-NANO TAB	18
VITAFOL-OB PAK +DHA	18
VITALARA TAB	18
VITAL-D RX TAB	18
VITALIPID N INJ INFANT	18
VITAMED MD CAP ONE RX	18
VITAMEZ CAP	18
VITAMIN E POW ACETATE	18
VITAMIN KIT SYS-B12	18
VITAPEARL CAP	18
VITAROCA PLU TAB	18
<i>vitasure tab</i>	19
VITATHELY TAB	19
VITATRUE MIS	19
VITLIPID N INJ ADULT	19
VITLIPID N INJ INFANT	19
VITRAMYN TAB.....	19
VITRANOL FE TAB.....	19
VITRANOL TAB	19
VITREXATE FE TAB	19
VITREXATE TAB	19
VITREXYL TAB	19
VITREXYL TAB IRON	19
VIVA DHA CAP	19
<i>vp-vite rx tab</i>	19
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	19
<i>wescaps cap</i>	19
WESNATAL DHA PAK COMPLETE	19
WHEAT GERM OIL.....	19
X	
XENICAL CAP 120MG	5
Z	
ZALVIT TAB 13-1MG	19
ZINTREXYL-C TAB.....	19
ZIPHEX TAB 13-1MG	19

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.