
THE PRESCRIPTION DRUGS COST ASSISTANCE
ACT
(C.C.S.M. c. P115)

Specified Drugs Regulation, amendment

Regulation 136/2003
Registered August 8, 2003

Manitoba Regulation 6/95 amended

1 The *Specified Drugs Regulation, Manitoba Regulation 6/95*, is amended by this regulation.

2 The Schedule is amended by striking out "Effective May 1, 2003" and substituting "Effective September 15, 2003".

3(1) Part 1 of the Schedule is amended by adding the following specified drugs in alphabetical order:

- AMCORT – 0.1% TOPICAL CREAM
- APO-CALCITONIN – 200 IU/ML INJECTION
- APO-GLICLAZIDE – 80 MG TABLETS
- APO-INDAPAMIDE – 1.25 AND 2.5 MG TABLETS

- APO-KETOROLAC – 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION
- APO-PIMOZIDE – 2 AND 4 MG TABLETS
- ASCENSIA AUTODISC BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- ASCENSIA ELITE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- BD LATITUDE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR

- BIPREL – 4 MG/1.25 MG TABLETS
- CO-CLOMIPRAMINE – 10, 25 AND 50 MG TABLETS
- CRESTOR – 10, 20 AND 40 MG TABLETS

LOI SUR L'AIDE À L'ACHAT DE MÉDICAMENTS
SUR ORDONNANCE
(c. P115 de la C.P.L.M.)

Règlement modifiant le Règlement sur les médicaments couverts

Règlement 136/2003
Date d'enregistrement : le 8 août 2003

Modification du R.M. 6/95

1 Le présent règlement modifie le *Règlement sur les médicaments couverts, R.M. 6/95*.

2 L'annexe est modifiée par substitution, à « Entre en vigueur le 1^{er} mai 2003 », de « Entre en vigueur le 15 septembre 2003 ».

3(1) La partie 1 de l'annexe est modifiée par adjonction des médicaments couverts suivants :

- AMCORT – 0,1 %, CRÈME TOPIQUE
- APO-CALCITONIN – 200 UI/ML, INJECTION
- APO-GLICLAZIDE – 80 MG, COMPRIMÉS
- APO-INDAPAMIDE – 1,25 ET 2,5 MG, COMPRIMÉS

- APO-KETOROLAC – 0,5 %, SOLUTION OPHTHALMIQUE
- APO-PIMOZIDE – 2 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- ASCENSIA AUTO DISC, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- ASCENSIA ELITE, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- BD LATITUDE, BÂTONNETS D'ÉPREUVE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION

- BIPREL – 4 MG/1,25 MG, COMPRIMÉS
- CO-CLOMIPRAMINE – 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- CRESTOR – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS

- DIAMICRON – 80 MG TABLETS
- DIAMICRON MR – 30 MG SUSTAINED RELEASE TABLETS
- DIOVAN – 80 AND 160 MG TABLETS
- DIOVAN HCT – 160 MG/25 MG TABLETS
- DOM-INDAPAMIDE – 1.25 AND 2.5 MG TABLETS
- FREESTYLE BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- GEN-CLOZAPINE – 25 AND 100 MG TABLETS
- GEN-GLICLAZIDE – 80 MG TABLETS
- GEN-INDAPAMIDE – 1.25 AND 2.5 MG TABLETS
- LOZIDE – 1.25 AND 2.5 MG TABLETS
- NALCROM – 100 MG CAPSULES
- NOVO-GLICLAZIDE – 80 MG TABLETS
- NOVO-INDAPAMIDE – 2.5 MG TABLETS
- NU-INDAPAMIDE – 2.5 MG TABLETS
- OWEN MUMFORD UNIFINE PENTIPS – 29 GAUGE, 12 MM (1/2") PEN NEEDLES
- OWEN MUMFORD UNIFINE PENTIPS – 31 GAUGE, 6 MM (1/4") AND 8 MM (5/16") PEN NEEDLES
- PALLADONE XL – 12, 16 AND 24 MG CONTROLLED RELEASE CAPSULES
- PMS-INDAPAMIDE – 1.25 AND 2.5 MG TABLETS
- PRECISION EASY TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- QVAR – 50 AND 100 MCG/DOSE METERED DOSE INHALER
- RATIO-CLOBETASOL – 0.05% TOPICAL CREAM
- RATIO-FLURBIPROFEN – 100 MG TABLETS
- RATIO-GENTAMICIN – 0.1% TOPICAL OINTMENT
- RATIO-GLICLAZIDE – 80 MG TABLETS
- RATIO-HALOPERIDOL – 2 MG/ML SOLUTION
- RATIO-INDAPAMIDE – 1.25 AND 2.5 MG TABLETS
- RATIO-MOCLOBEMIDE – 150 MG TABLETS
- RATIO-ORCIPRENALINE – 2 MG/ML SYRUP
- RATIO-PRAVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- RATIO-TOPISONE – 0.05% TOPICAL LOTION
- RATIO-TOPISONE – 0.05% TOPICAL OINTMENT
- RHOXAL-FLUVOXAMINE – 50 AND 100 MG TABLETS
- RHOXAL-LOVASTATIN – 20 AND 40 MG TABLETS
- RHOXAL-METFORMIN FC – 500 AND 850 MG TABLETS
- DIAMICRON – 80 MG, COMPRIMÉS
- DIAMICRON MR – 30 MG, COMPRIMÉS À LIBÉRATION PROGRESSIVE
- DIOVAN – 80 ET 160 MG, COMPRIMÉS
- DIOVAN HCT – 160 MG/25 MG, COMPRIMÉS
- DOM-INDAPAMIDE – 1,25 ET 2,5 MG, COMPRIMÉS
- FREESTYLE, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- GEN-CLOZAPINE – 25 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- GEN-GLICLAZIDE – 80 MG, COMPRIMÉS
- GEN-INDAPAMIDE – 1,25 ET 2,5 MG, COMPRIMÉS
- LOZIDE – 1,25 ET 2,5 MG, COMPRIMÉS
- NALCROM – 100 MG, CAPSULES
- NOVO-GLICLAZIDE – 80 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-INDAPAMIDE – 2,5 MG, COMPRIMÉS
- NU-INDAPAMIDE – 2,5 MG, COMPRIMÉS
- OWEN MUMFORD, POINTES DE STYLOS UNIFINE PENTIPS DE CALIBRE 29, 12 MM (1/2")
- OWEN MUMFORD, POINTES DE STYLOS UNIFINE PENTIPS DE CALIBRE 31, 6 MM (1/4") ET 8 MM (5/16")
- PALLADONE XL – 12, 16 ET 24 MG, COMPRIMÉS À LIBÉRATION CONTRÔLÉE
- PMS-INDAPAMIDE – 1,25 ET 2,5 MG, COMPRIMÉS
- PRECISION EASY, BÂTONNETS D'ÉPREUVE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- QVAR – 50 ET 100 MCG/DOSE, AÉROSOL DOSEUR
- RATIO-CLOBETASOL – 0,05 %, CRÈME TOPIQUE
- RATIO-FLURBIPROFEN – 100 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-GENTAMICINE – 0,1 %, POMMADE TOPIQUE
- RATIO-GLICLAZIDE – 80 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-HALOPÉRIDOL – 2 MG/ML, SOLUTION
- RATIO-INDAPAMIDE – 1,25 ET 2,5 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-MOCLOBÉMIDE – 150 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-ORCIPRÉNALINE – 2 MG/ML, SIROP
- RATIO-PRAVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-TOPISONE – 0,05 %, LOTION TOPIQUE
- RATIO-TOPISONE – 0,05 %, POMMADE TOPIQUE
- RHOXAL-FLUVOXAMINE – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- RHOXAL-LOVASTATIN – 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- RHOXAL-METFORMIN FC – 500 ET 850 MG,

- SAB-DEXAMETHASONE - 0.1% COMPRIMÉS
- OPHTHALMIC/OTIC SOLUTION - SAB-DEXAMETHASONE - 0,1 %, SOLUTION
- OPHTHALMIQUE ET OTIQUE

- SAB-NAPROXEN – 500 MG SUPPOSITORIES
- SAB-PREDNISOLONE – 1% OPHTHALMIC SOLUTION
- ULTICARE – 29 GAUGE, 1/2 CC, 3/10 CC AND 1 CC SYRINGES
- ULTICARE – 30 GAUGE, 1/2 CC, 3/10 CC AND 1 CC SYRINGES
- VALCYTE – 450 MG TABLETS
- XALACOM – 50 MCG/ML – 5 MG/ML OPHTHALMIC SOLUTION

- SAB-NAPROXEN – 500 MG, SUPPOSITOIRES
- SAB-PREDNISOLONE – 1 %, SOLUTION OPHTHALMIQUE
- ULTICARE, SERINGUES, CALIBRE 29, 1/2 CM³, 3/10 CM³ ET 1 CM³
- ULTICARE, SERINGUES, CALIBRE 30, 1/2 CM³, 3/10 CM³ ET 1 CM³
- VALCYTE – 450 MG, COMPRIMÉS
- XALACOM – 50 MCG/ML – 5 MG/ML, SOLUTION OPHTALMIQUE

3(2) Part 1 of the Schedule is amended by striking out the following specified drugs:

- ALTI-AMILORIDE HCTZ
- ALTI-CAPTAPRIL
- ALTI-DEXAMETHASONE
- ALTI-DILTIAZEM CD
- ALTI-DOXAZOSIN MESYLATE
- ALTI-FLURBIPROFEN
- ALTI-MOCLOBEMIDE
- ALTI-ORCIPRENALINE
- ALTI-TERAZOSIN
- ALTI-TIMOLOL MALEATE
- ALTI-VALPROIC
- AVLOSULFON
- BICILLIN
- CHOLEDYL SA
- COGENTIN TABLETS
- CORTONE TABLETS
- DECADRON EYE-EAR SOLUTION
- DERMASONE CREAM
- DIAMOX TABLETS
- DIODEX
- DIOGENT OPHTHALMIC SOLUTION
- DIOPRED
- DIOSULF
- GLUCOMETER DEX BLOOD GLUCOSE REAGENT TEST SENSORS
- GLUCOMETER ELITE TEST STRIPS
- GLYBURIDE (ALBERT)
- IMAP
- IMAP FORTE
- MICRO-K-10 EXTENCAPS
- MODITEN ENANTHATE
- NEPTAZANE
- NOVOGESIC C15
- NOVOGESIC C30
- NOVO-NIDAZOL
- PERIDOL TABLETS AND ORAL SOLUTION
- TOPISONE OINTMENT AND LOTION
- ULCIDINE

3(2) La partie 1 de l'annexe est modifiée par suppression des médicaments couverts suivants :

- ALTI-AMILORIDE HCTZ
- ALTI-CAPTAPRIL
- ALTI-DEXAMÉTHASONE
- ALTI-DILTIAZEM CD
- ALTI-DOXAZOSIN (MÉSYLATE D')
- ALTI-FLURBIPROFÈNE
- ALTI-MOCLOBÉMIDE
- ALTI-ORCIPRÉNALINE
- ALTI-TERAZOSIN
- ALTI-TIMOLOL MALEATE
- ALTI-VALPROIC
- AVLOSULFON
- BICILLIN
- CHOLÉDYL SA
- COGENTIN, COMPRIMÉS
- CORTONE, COMPRIMÉS
- DECADRON, SOLUTION OPHTALMIQUE ET OTIQUE
- DERMASONE, CRÈME
- DIAMOX, COMPRIMÉS
- DIODEX
- DIOGENT, SOLUTION OPHTALMIQUE
- DIOPRED
- DIOSULF
- GLUCOMÈTRE DEX – BÂTONNETS RÉACTIFS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE
- GLUCOMETER ELITE, BÂTONNETS D'ÉPREUVE
- GLYBURIDE (ALBERT)
- IMAP
- IMAP FORTE
- MICRO-K-10, CAPSULES LONGUE ACTION
- MODITEN (ÉNANTHATE DE)
- NEPTAZANE
- NOVOGESIC C15
- NOVOGESIC C30
- NOVO-NIDAZOL
- PERIDOL, COMPRIMÉS ET SOLUTION ORALE
- TOPISONE, POMMADE ET LOTION
- ULCIDINE

3(3) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug ALTI-CLONAZEPAM by striking out "AND 2".

3(4) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug ALTI-DESIPRAMINE HCL by striking out "25 AND".

3(5) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug ALTI-SALBUTAMOL SULPHATE by striking out "AND 2".

3(6) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug CORTISPORIN OINTMENT, EYE/EAR SOLUTION, OPHTHALMIC OINTMENT AND OTIC SOLUTION by striking out ", OPHTHALMIC OINTMENT".

3(7) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug DESOXI with the following:

DESOXI – 0.25% CREAM

3(8) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug FELDENE CAPSULES AND SUPPOSITORIES by striking out "CAPSULES AND".

3(9) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug GENTAMICIN SULFATE TOPICAL by striking out "AND TECHNILAB".

3(10) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug GLUCAGON by adding ", MAXIMUM ALLOWABLE KITS PER BENEFIT YEAR = 7 KITS" after "1 MG INJECTION".

3(11) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug ONE TOUCH TEST STRIPS by adding " – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR" after "ONE TOUCH TEST STRIPS".

3(3) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert ALTI-CLONAZEPAM par suppression de « ET 2 ».

3(4) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert ALTI-DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') par suppression de « 25 ET ».

3(5) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert ALTI-SALBUTAMOL (SULFATE DE) par suppression de « ET 2 ».

3(6) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert CORTISPORIN, POMMADE, SOLUTION OPHTALMIQUE/OTIQUE, POMMADE OPHTALMIQUE ET SOLUTION OTIQUE par suppression de « , POMMADE OPHTALMIQUE ».

3(7) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert DESOXI, de ce qui suit :

DESOXI – 0,25 %, CRÈME

3(8) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert FELDENE, CAPSULES ET SUPPOSITOIRES par suppression de « CAPSULES ET ».

3(9) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert GENTAMICINE (SULFATE DE), TOPIQUE par suppression de « ET TECHNILAB ».

3(10) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert GLUCAGON par adjonction, après « 1 MG, INJECTION », de « , MAXIMUM DE 7 TROUSSES AUTORISÉES PAR ANNÉE D'INDEMNISATION ».

3(11) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert ONE TOUCH, BÂTONNETS D'ÉPREUVE par adjonction, après « ONE TOUCH, BÂTONNETS D'ÉPREUVE », de « – MAXIMUM DE

4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION ».

3(12) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-CAPTOPRIL by adding "12.5," before "25".

3(12) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-CAPTOPRIL par adjonction, avant « 25 », de « 12,5, ».

3(13) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-CLONAZEPAM by adding "AND 2" after "0.5".

3(13) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-CLONAZEPAM par adjonction, après « 0,5 », de « ET 2 ».

3(14) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-DESIPRAMINE by adding "25 AND" before "50".

3(14) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-DESIPRAMINE par adjonction, avant « 50 », de « 25 ET ».

3(15) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-DEXAMETHASONE by striking out "0.5" and substituting "0.5, 0.75".

3(15) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-DEXAMETHASONE par substitution, à « 0,5 », de « 0,5, 0,75 ».

3(16) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-DILTIAZEM CD by striking out "180 AND 240" and substituting "180, 240 AND 300".

3(16) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-DILTIAZEM CD par substitution, à « 180 ET 240 », de « 180, 240 ET 300 ».

3(17) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-GLYBURIDE by adding "2.5 AND" before "5".

3(17) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-GLYBURIDE par adjonction, avant « 5 », de « 2,5 ET ».

3(18) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-HALOPERIDOL by adding "1," before "5 AND".

3(18) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-HALOPERIDOL par adjonction, avant « 5 ET », de « 1, ».

3(19) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-SALBUTAMOL by striking out "1 MG/ML UNIT DOSE SOLUTION NEBULE" and substituting "1 AND 2 MG/ML UNIT DOSE SOLUTION NEBULES".

3(19) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-SALBUTAMOL par adjonction, après, « 1 », de « ET 2 ».

3(20) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-TERAZOSIN by striking out "2 AND 5" and substituting "1, 2, 5 AND 10".

3(20) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-TERAZOSIN par substitution, à « 2 ET 5 », de « 1, 2, 5 ET 10 ».

3(21) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug RATIO-TIMOLOL with the following:

3(21) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert RATIO-TIMOLOL, de ce qui suit :

RATIO-TIMOLOL MALEATE – 0.25% AND 0.5%

RATIO-TIMOLOL MALEATE – 0,25 % ET 0,5 %,

OPHTHALMIC SOLUTION

SOLUTION OPHTALMIQUE

3(22) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-VALPROIC by striking out "250 MG" and substituting "250 AND 500 MG ENTERIC COATED".

3(23) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug SUSTIVA with the following:

SUSTIVA – 50, 100, 200 MG CAPSULES AND 600 MG TABLETS

3(24) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug TEVETEN by striking out "300,".

4(1) Part 2 of the Schedule is amended by replacing the specified drug ACTONEL with the following:

– ACTONEL – 5 and 35 mg Tablets – For the treatment of patients with:

(a) osteoporotic fractures;

(b) osteoporosis diagnosed with bone mineral density measurements by any approved technology, i.e., a T-score of <-2.5; and

(c) x-ray diagnosis of osteoporosis.

NOTE: Concurrent calcium and vitamin D supplementation is recommended.

4(2) Part 2 of the Schedule is amended by adding the following specified drugs in alphabetical order:

– NOVO-ALENDRONATE – 10 mg Tablets – For the treatment of patients with:

(a) osteoporotic fractures;

3(22) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-VALPROIC par substitution, à « 250 MG, CAPSULES », de « 250 ET 500 MG, CAPSULES À ENROBAGE ENTÉROSOLUBLE ».

3(23) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert SUSTIVA, de ce qui suit :

SUSTIVA – 50, 100, 200 MG, CAPSULES ET 600 MG, COMPRIMÉS

3(24) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert TEVETEN par suppression de « 300, ».

4(1) La partie 2 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert ACTONEL, de ce qui suit :

– ACTONEL – comprimés, 5 et 35 mg – pour le traitement des malades :

a) souffrant de fractures ostéoporotiques;

b) atteints d'ostéoporose authentifiée par une densitométrie osseuse effectuée à l'aide de moyens techniques approuvés (p. ex. moins de - 2,5 au T-score);

c) atteints d'ostéoporose authentifiée par radiologie.

NOTE : Un apport complémentaire de calcium et de vitamine D est recommandé.

4(2) La partie 2 de l'annexe est modifiée par adjonction des médicaments couverts suivants :

– NOVO-ALENDRONATE – comprimés, 10 mg – pour le traitement des malades :

a) souffrant de fractures ostéoporotiques;

(b) osteoporosis diagnosed with bone mineral density measurements by any approved technology, i.e., a T-score of <-2.5; and

(c) x-ray diagnosis of osteoporosis.

NOTE: Concurrent calcium and vitamin D supplementation is recommended.

- RATIO-AMOXI CLAV – 875 mg/125 mg Tablets –

(a) For treatment of patients not responding to alternative antibiotics (eg. amoxicillin);

(b) For treatment of patients with infections caused by organisms known to be resistant to alternative antibiotics (eg. amoxicillin).

- RHOXAL-ESTRADIOL DERM – 50, 75 and 100 mcg Transdermal Patch – For patients:

(a) who are smokers (current);

(b) with increased triglycerides;

(c) with a history of cholelithiasis; or

(d) who cannot tolerate oral estrogens due to intolerable side effects (eg. GI upset, irregular bleeding, etc.) or who cannot take any medications by mouth.

Patients should have tried at least two different oral estrogen products (eg. Premarin, Estrace, Ogen).

4(3) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-METHYLPHENIDATE by adding "5," before "10".

b) atteints d'ostéoporose authentifiée par une densitométrie osseuse effectuée à l'aide de moyens techniques approuvés (p. ex. moins de - 2,5 au T-score);

c) atteints d'ostéoporose authentifiée par radiologie.

NOTE : Un apport complémentaire de calcium et de vitamine D est recommandé.

- RATIO-AMOXI CLAV – comprimés, 875 mg/125 mg –

a) pour le traitement des malades qui ne réagissent pas aux antibiotiques de relais (p. ex. amoxicilline);

b) pour le traitement des malades ayant des infections causées par des germes résistant aux antibiotiques de relais (p. ex. amoxicilline).

- RHOXAL-ESTRADIOL DERM – timbre transdermique, 50, 75 et 100 mcg – pour les malades :

a) qui sont fumeuses;

b) ayant une augmentation du nombre de triglycérides;

c) ayant des antécédents de lithiase biliaire;

d) qui ne peuvent prendre d'œstrogènes administrés oralement en raison d'effets secondaires intolérables (p. ex. : troubles gastro-intestinaux, saignements irréguliers, etc.) ou qui ne peuvent prendre de médicaments par voie orale.

Les malades devraient avoir essayé de prendre par voie orale au moins deux médicaments œstrogènes différents (p. ex. : Premarin, Estrace ou Ogen).

4(3) La partie 2 de l'annexe est modifiée au médicament couvert RATIO-METHYLPHENIDATE par adjonction, avant « 10 », de « 5, ».

4(4) Part 2 of the Schedule is amended by striking out the following specified drugs:

- CEPHULAC
- CHRONULAC
- LOPERAMIDE (KENRAL)
- NALCROM

Coming into force

5 This regulation comes into force on September 15, 2003.

4(4) La partie 2 de l'annexe est modifiée par suppression des médicaments couverts suivants :

- CEPHULAC
- CHRONULAC
- LOPÉRAMIDE (KENRAL)
- NALCROM

Entrée en vigueur

5 Le présent règlement entre en vigueur le 15 septembre 2003.

August 7, 2003
7 août 2003

Minister of Health/Le ministre de la Santé,

Dave Chomiak