

---

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

---

**Specified Drugs Regulation, amendment**

---

Regulation 224/2004  
Registered December 10, 2004

**Manitoba Regulation 6/95 amended**

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

**2** The Part of the Schedule before Part 1 is replaced with the following:

Effective January 3, 2005

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

- APO-AMILORIDE – 5 MG TABLETS
- APO-ATENIDONE – 50/25 AND 100/25 MG TABLETS
- APO-BISOPROLOL – 5 AND 10 MG TABLETS
- APO-QUININE – 200 AND 300 MG CAPSULES
- CO ATENOLOL – 50 AND 100 MG TABLETS
- CO FLUVOXAMINE – 50 AND 100 MG TABLETS
  
- CO LOVASTATIN – 20 AND 40 MG TABLETS
- CO METFORMIN – 500 AND 850 MG TABLETS
  
- GEN-CLINDAMYCIN – 150 AND 300 MG CAPSULES
- GEN-DILTIAZEM CD – 120, 180, 240 AND 300 MG CONTROLLED DELIVERY CAPSULES

---

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 224/2004  
Date d'enregistrement : le 10 décembre 2004

**Modification du R.M. 6/95**

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

**2** Le passage qui précède la partie 1 de l'annexe est remplacé par ce qui suit :

Entre en vigueur le 3 janvier 2005

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

- APO-AMILORIDE – 5 MG, COMPRIMÉS
- APO-ATENIDONE – 50/25 MG ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- APO-BISOPROLOL – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- APO-QUININE – 200 ET 300 MG, CAPSULES
- CO ATENOLOL – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- CO FLUVOXAMINE – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- CO LOVASTATIN – 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
  
- CO METFORMIN – 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS
- GEN-CLINDAMYCIN – 150 ET 300 MG, CAPSULES
- GEN-DILTIAZEM CD – 120, 180, 240 ET 300 MG, CAPSULES À LIBÉRATION CONTRÔLÉE

- GEN-MIRTAZAPINE – 30 MG TABLETS
- NOVO-DIPAM – 2, 5 AND 10 MG TABLETS
- NOVO-MIRTAZAPINE – 30 MG TABLETS
- NOVO-PRAMINE – 10, 25 AND 50 MG TABLETS
  
- NOVO-TRIPTYN – 10, 25 AND 50 MG TABLETS
  
- OCTREOTIDE ACETATE OMEGA – 50, 100, 200 AND 500 MCG/ML INJECTION
- PLAN B – 0.75 MG TABLETS TO A MAXIMUM OF 3 TREATMENTS (6 TABLETS) PER BENEFIT YEAR
- PMS-AMITRIPTYLINE – 10, 25 AND 50 MG TABLETS
- PMS-DIAZEPAM – 2, 5 AND 10 MG TABLETS
- PMS-FUROSEMIDE – 20 AND 40 MG TABLETS
  
- PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE – 25 AND 50 MG TABLETS
- PMS-HYDROMORPHONE – 1, 2, 4, 8 MG TABLETS AND 1 MG/ML SYRUP
- PMS-SALBUTAMOL – 0.5, 1 AND 2 MG/ML UNIT DOSE NEBULES TO A MAXIMUM OF 1,460 UNIT DOSE NEBULES PER BENEFIT YEAR
  
- RHOXAL-ACEBUTOLOL – 100, 200, 400 MG TABLETS
- RHOXAL-GLICLAZIDE – 80 MG TABLETS
- RHOXAL-PAROXETINE – 10, 20 AND 30 MG TABLETS
- RHOXAL-ZOPICLONE – 5 AND 7.5 MG TABLETS
  
- SAB-TRIFLURIDINE – 1% OPHTHALMIC SOLUTION

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

- ALTI-SALBUTAMOL SULPHATE
- CORTATE 1% CREAM
- ERYTHROMYCIN OPHTHALMIC OINTMENT
- GARAMYCIN – 40 MG/ML INJECTION
- GEN-COMBO STERINEBS
- HYDROCORTISONE 1% TOPICAL CREAM (STANLEY)
- INFLAMASE FORTE
- LEVOBUNOLOL HYDROCHLORIDE (RIVEX) OPHTHALMIC SOLUTION
- QUIBRON-T/SR
- STATICIN

- GEN-MIRTAZAPINE – 30 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-DIPAM – 2, 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-MIRTAZAPINE – 30 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-PRAMINE – 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
  
- NOVO-TRIPTYN – 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- OCTREOTIDE ACETATE OMEGA – 50, 100, 200 ET 500 MCG/ML, INJECTION
- PLAN B – 0,75 MG, COMPRIMÉS MAXIMUM DE 3 TRAITEMENTS (6 COMPRIMÉS) PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- PMS-AMITRIPTYLINE – 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- PMS-DIAZEPAM – 2, 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- PMS-FUROSEMIDE – 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE – 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- PMS-SALBUTAMOL – 0,5, 1 ET 2 MG/ML, SOLUTION POUR NÉBULISEUR EN DOSE UNITAIRE, MAXIMUM DE 1 460 DOSES UNITAIRES (NEBULES) PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- RHOXAL-ACEBUTOLOL – 100, 200 ET 400 MG, COMPRIMÉS
- RHOXAL-GLICLAZIDE – 80 MG, COMPRIMÉS
- RHOXAL-PAROXETINE – 10, 20 ET 30 MG, COMPRIMÉS
- RHOXAL-ZOPICLONE – 5 ET 7,5 MG, COMPRIMÉS
- SAB-TRIFLURIDINE – 1 %, SOLUTION OPHTALMIQUE

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

- ALTI-SALBUTAMOL (SULFATE DE)
- CORTATE 1 %, CRÈME
- ÉRYTHROMYCINE, POMMADE OPHTALMIQUE
- GARAMYCIN – 40 MG/ML, INJECTION
- GEN-COMBO STERINEBS
- HYDROCORTISONE 1 %, CRÈME TOPIQUE (STANLEY)
- INFLAMASE FORTE
- LEVOBUNOLOL (CHLORHYDRATE DE) (RIVEX), SOLUTION OPHTALMIQUE
- QUIBRON-T/SR
- STATICIN

**3(3) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug APO-CLONIDINE with the following:**

- APO-CLONIDINE - 0.025, 0.1 AND 0.2 MG TABLETS

**3(4) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug APO-SALVENT STERULES by adding "STERULES TO A MAXIMUM OF 1,460 UNIT DOSE STERULES PER BENEFIT YEAR" after "2 MG/ML".**

**3(5) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug DEMEROL TABLETS AND INJECTABLE SOLUTIONS by striking out "AND INJECTABLE SOLUTIONS".**

**3(6) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug GEN-SALBUTAMOL with the following:**

- GEN-SALBUTAMOL STERINEBS - 1 AND 2 MG/ML STERINEBS TO A MAXIMUM OF 1,460 UNIT DOSE STERINEBS PER BENEFIT YEAR

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

- MAVIK - 1 AND 2 MG CAPSULES

**3(8) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug NU-SALBUTAMOL by adding "TO A MAXIMUM OF 1,460 UNIT DOSE AMPOULES PER BENEFIT YEAR" after "PLASTIC AMPOULES".**

**3(3) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert APO-CLONIDINE, de ce qui suit :**

- APO-CLONIDINE - 0,025, 0,1 ET 0,2 MG, COMPRIMÉS

**3(4) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert APO-SALVENT, STERULES, par adjonction de « , MAXIMUM DE 1 460 DOSES UNITAIRES (STERULES) PAR ANNÉE D'INDEMNISATION » après « 2 MG/ML ».**

**3(5) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert DÉMÉROL, COMPRIMÉS ET SOLUTIONS INJECTABLES, par suppression de « ET SOLUTIONS INJECTABLES ».**

**3(6) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert GEN-SALBUTAMOL, de ce qui suit :**

- GEN-SALBUTAMOL STERINEBS - 1 ET 2 MG/ML, STERINEBS, MAXIMUM DE 1 460 DOSES UNITAIRES (STERINEBS) PAR ANNÉE D'INDEMNISATION

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

- MAVIK - 1 ET 2 MG, CAPSULES

**3(8) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert NU-SALBUTAMOL, par adjonction de « , MAXIMUM DE 1 460 AMPOULES MONODOSES PAR ANNÉE D'INDEMNISATION » après « EN PLASTIQUE ».**

**3(9) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug RATIO-SALBUTAMOL with the following:**

- RATIO-SALBUTAMOL – 0.5, 1 AND 2 MG/ML UNIT DOSE SOLUTION NEBULES TO A MAXIMUM OF 1,460 UNIT DOSE NEBULES PER BENEFIT YEAR

**3(10) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug T-STAT LOTION AND PREMOISTENED PADS by striking out "LOTION AND".**

**3(11) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug VENTOLIN P.F. with the following:**

- VENTOLIN NEBULES P.F. – 0.5, 1 AND 2 MG/ML UNIT DOSE NEBULES TO A MAXIMUM OF 1,460 UNIT DOSE NEBULES PER BENEFIT YEAR

**4(1) Part 2 of the Schedule is amended by adding the following specified drugs in alphabetical order:**

- APO-METHYLPHENIDATE – 10 and 20 mg Tablets – For the treatment of attention deficit disorder and narcolepsy.
- CO ETIDRONATE – 200 mg Tablets –
  - (a) for the treatment of Paget's Disease;
  - (b) for maintenance therapy in hypercalcemia of malignancy.
- PMS-OFLOXACIN – 0.3% Ophthalmic Solution – For the treatment of ophthalmic infections caused by gram-negative organisms or those not responding to alternative agents.

**3(9) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert RATIO-SALBUTAMOL, de ce qui suit :**

- RATIO-SALBUTAMOL – 0,5 1 ET 2 MG/ML, SOLUTION POUR NÉBULISEUR EN DOSE UNITAIRE, MAXIMUM DE 1 460 DOSES UNITAIRES (NEBULES) PAR ANNÉE D'INDEMNISATION

**3(10) La partie 1 de l'annexe est modifiée au médicament couvert T-STAT, LOTION ET COMPRESSES HUMIDES par suppression de « LOTION ET ».**

**3(11) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert VENTOLIN P.F., de ce qui suit :**

- VENTOLIN NEBULES P.F. – 0,5, 1 ET 2 MG/ML, NÉBULISEUR PAR DOSE UNITAIRE, MAXIMUM DE 1 460 DOSES UNITAIRES (NEBULES) PAR ANNÉE D'INDEMNISATION

**4(1) La partie 2 de l'annexe est modifiée par adjonction des médicaments couverts suivants :**

- APO-METHYLPHENIDATE – comprimés, 10 et 20 mg – pour le traitement de la narcolepsie et des déficits de la capacité d'attention.
- CO ETIDRONATE – comprimés, 200 mg –
  - a) pour le traitement de la maladie de Paget;
  - b) pour le traitement d'entretien de l'hypercalcémie d'une malignité.
- PMS-OFLOXACIN – solution ophtalmique, 0,3 % – pour le traitement des infections ophtalmiques causées par des germes Gram négatif ou des organismes sur lesquels les agents de relais n'agissent pas.

**4(2) Part 2 of the Schedule is amended by striking out the specified drug TOBRAMYCIN.**

**4(3) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug APO-OMEPRAZOLE by adding "- to a maximum of 750 capsules per benefit year" after "20 mg Capsules".**

**4(4) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug LOSEC by adding "- to a maximum of 750 capsules or tablets per benefit year" after "Capsules and Tablets".**

**4(5) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug PANTOLOC by adding "- to a maximum of 750 tablets per benefit year" after "Enteric Coated Tablets".**

**4(6) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug PARIET by adding "- to a maximum of 750 tablets per benefit year" after "20 mg Tablets".**

**4(7) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug PREVACID**

**(a) by striking out "15 mg and 30 mg" and substituting "15 and 30 mg"; and**

**(b) by adding "- to a maximum of 750 capsules per benefit year" after "Delayed Release Capsules".**

**4(2) La partie 2 de l'annexe est modifiée par suppression du médicament couvert TOBRAMYCINE.**

**4(3) La partie 2 de l'annexe est modifiée au médicament couvert, APO-OMEPRAZOLE, par adjonction de « maximum de 750 capsules par année d'indemnisation » après « capsules, 20 mg – ».**

**4(4) La partie 2 de l'annexe est modifiée dans le médicament couvert, LOSEC, par adjonction de « maximum de 750 comprimés ou capsules par année d'indemnisation » après « capsules et comprimés, 20 mg – ».**

**4(5) La partie 2 de l'annexe est modifiée dans le médicament couvert, PANTOLOC, par adjonction de « maximum de 750 comprimés par année d'indemnisation » après « 40 mg – ».**

**4(6) La partie 2 de l'annexe est modifiée dans le médicament couvert, PARIET, par adjonction de « – maximum de 750 comprimés par année d'indemnisation » après « 20 mg ».**

**4(7) La partie 2 de l'annexe est modifiée dans le médicament couvert, PREVACID**

**a) par substitution, à « 15 mg et 30 mg », de « 15 et 30 mg »;**

**b) par adjonction de « – maximum de 750 comprimés par année d'indemnisation » après « 30 mg – ».**

**Coming into force**

**5 This regulation comes into force  
on January 3, 2005.**

**Entrée en vigueur**

**5 Le présent règlement entre en vigueur  
le 3 janvier 2005.**

December 10, 2004  
10 décembre 2004

**Minister of Health/Le ministre de la Santé,**

Tim Sale

---

The Queen's Printer  
for the Province of Manitoba

---

L'Imprimeur de la Reine  
du Manitoba