

---

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

**Specified Drugs Regulation, amendment**

---

Regulation 19/2007  
Registered February 15, 2007

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

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

- APO-CILAZAPRIL/HCTZ - 5 MG/12.5 MG TABLETS
- APO-DIGOXIN - 0.0625, 0.125 AND 0.25 MG TABLETS
- APO-IPRAVENT - 250 MCG/ML INHALATION SOLUTION STERULES
- APO-MEDROXY - 2.5, 5, 10 AND 100 MG TABLETS
- APO-ONDANSETRON - 4 AND 8 MG TABLETS
- APO-RANITIDINE - 15 MG/ML ORAL SOLUTION
  
- APO-RANITIDINE - 150 AND 300 MG TABLETS
  
- APO-SULFINPYRAZONE - 200 MG TABLETS
- FENOMAX - 160 MG CAPSULES
- HALCION - 0.25 AND 0.5 MG TABLETS
- KALETRA - 133.3/33.3 MG CAPSULES
- KALETRA - 80/20 MG/ML ORAL SOLUTION
- KALETRA - 200 MG/50 MG TABLETS
- NOVO-ACYCLOVIR - 200, 400 AND 800 MG TABLETS
- NOVO-PRAMIPEXOLE - 0.25, 0.5, 1 AND 1.5 MG TABLETS
- PMS-DIGOXIN - 0.0625, 0.125 AND 0.25 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 19/2007  
Date d'enregistrement : le 15 février 2007

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

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

- APO-CILAZAPRIL/HCTZ - 5 MG/12,5 MG, COMPRIMÉS
- APO-DIGOXIN - 0,0625, 0,125 ET 0,25 MG, COMPRIMÉS
- APO-IPRAVENT - 250 MCG/ML, STERULES, SOLUTION PAR INHALATION
- APO-MEDROXY - 2,5, 5, 10 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- APO-ONDANSETRON - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- APO-RANITIDINE - 15 MG/ML, SOLUTION ORALE
  
- APO-RANITIDINE - 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
  
- APO-SULFINPYRAZONE - 200 MG, COMPRIMÉS
- FENOMAX - 160 MG, CAPSULES
- HALCION - 0,25 ET 0,5 MG, COMPRIMÉS
- KALETRA - 133,3/33,3 MG, CAPSULES
- KALETRA - 200 MG/50 MG, COMPRIMÉS
- KALETRA - 80/20 MG/ML, SOLUTION ORALE
- NOVO-ACYCLOVIR - 200, 400 ET 800 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-PRAMIPEXOLE - 0,25, 0,5, 1 ET 1,5 MG, COMPRIMÉS
- PMS-DIGOXIN - 0,0625, 0,125 ET 0,25 MG, COMPRIMÉS

- PMS-FAMCICLOVIR - 125, 250 AND 500 MG TABLETS
- PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE - 12.5, 25 AND 50 MG TABLETS
- PMS-PIROXICAM - 20 MG CAPSULES
- PMS-PRAMIPEXOLE - 0.25, 0.5, 1 AND 1.5 MG TABLETS
- RATIO-BUPROPION SR - 100 AND 150 MG TABLETS
- SANDOZ CARBAMAZEPINE - 100 AND 200 MG CHEWABLE TABLETS
- SANDOZ CARBAMAZEPINE CR - 200 AND 400 MG TABLETS
- SANDOZ DICLOFENAC - 25 AND 50 MG TABLETS
- SANDOZ DICLOFENAC SR - 75 AND 100 MG SLOW RELEASE TABLETS
- SANDOZ FENOFIBRATE S - 100 AND 160 MG TABLETS
- SANDOZ PINDOLOL - 5, 10 AND 15 MG TABLETS
- SANDOZ TERBINAFINE - 250 MG TABLETS

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

- APO-IPRAVENT - 125 AND 250 MCG/ML INHALATION SOLUTION STERULES
- APO-MEDROXY - 2.5, 5 AND 100 MG TABLETS
- APO-QUINIDINE
- APO-RANITIDINE
- APO-SALVENT - 5 MG/ML RESPIRATOR SOLUTION TO A MAXIMUM OF 1,460 ML PER BENEFIT YEAR
- APO-SULFINPYRAZONE
- DITROPAN - 1 MG/ML SYRUP
- FLOMAX - 0.4 MG SUSTAINED RELEASE CAPSULES
- HALCION
- HALOTESTIN
- KALETRA - 133.3/33.3 MG CAPSULES AND 80/20 MG/ML ORAL SOLUTION
- KAOCHLOR-10
- KAOCHLOR-20
- LIN-PRAVASTATIN - 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- NADOPEN-V, SOLUTION AND TABLETS
- NEO-CORTEF EYE DROPS, TOPICAL OINTMENT AND OPHTHALMIC OINTMENT

- PMS-FAMCICLOVIR - 125, 250 ET 500 MG, COMPRIMÉS
- PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE - 12.5, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- PMS-PIROXICAM - 20 MG, CAPSULES
- PMS-PRAMIPEXOLE - 0.25, 0.5, 1 ET 1.5 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-BUPROPION SR - 100 ET 150 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ CARBAMAZEPINE - 100 ET 200 MG, COMPRIMÉS MASTICABLES
- SANDOZ CARBAMAZEPINE CR - 200 ET 400 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ DICLOFENAC - 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ DICLOFENAC SR - 75 ET 100 MG, COMPRIMÉS À LIBÉRATION PROGRESSIVE
- SANDOZ FENOFIBRATE S - 100 ET 160 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ PINDOLOL - 5, 10 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ TERBINAFINE - 250 MG, COMPRIMÉS

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

- APO-IPRAVENT - 125 ET 250 MCG/ML, STERULES, SOLUTION PAR INHALATION
- APO-MEDROXY - 2.5, 5 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- APO-QUINIDINE
- APO-RANITIDINE
- APO-SALVENT - 5 MG/ML, SOLUTION POUR RESPIRATEUR, MAXIMUM DE 1 460 ML PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- APO-SULFINPYRAZONE
- DITROPAN - 1MG/ML, SIROP
- FLOMAX - 0,4 MG, CAPSULES À LIBÉRATION PROGRESSIVE
- HALCION
- HALOTESTIN
- KALETRA - 133,3/33,3 MG, CAPSULES ET 80/20 MG/ML, SOLUTION ORALE
- KAOCHLOR-10
- KAOCHLOR-20
- LIN-PRAVASTATIN - 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- NADOPEN-V, SOLUTION ET COMPRIMÉS
- NÉO-CORTEF, GOUTTES OPHTALMIQUES, POMMADE TOPIQUE ET POMMADE OPHTALMIQUE

- NEO-MEDROL VERIDERM
- NOVASEN – 650 MG TABLETS
- NOVO-CARVEDILOL – 3.125, 6.25, 12.5 AND 25 MG TABLETS
- OXYDERM 10%
- PMS-DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE EYE/EAR DROPS
- PMS-DIPIVEFRIN – 0.1% OPHTHALMIC SOLUTION
- PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE – 25 AND 50 MG TABLETS
- PMS-PIROXICAM CAPSULES
- PROPINE
- RATIO-DOXYCYCLINE – 100 MG CAPSULES
- RATIO-FAMOTIDINE – 20 AND 40 MG TABLETS
- RATIO-LEVODOPA/CARBIDOPA – 100/10, 100/25 AND 250/25 MG TABLETS
- TARO-CARBAMAZEPINE CR – 200 AND 400 MG TABLETS
- VIDEX

**2(3) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug APO-LEVOBUNOLOL by striking out "AND 0.5%".**

**2(4) Part 1 of the Schedule is amended in the French version by replacing the specified drug NOVO-MIRTAZAPINE – 15, 30 ET 45 MG, COMPRIMÉS with the following:**

- NOVO-MIRTAZAPINE OD – 15, 30 ET 45 MG, COMPRIMÉS

**2(5) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug PMS-CIMETIDINE by striking out ", 600".**

**2(6) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug PMS-NIFEDIPINE by striking out "5 AND".**

- NÉO-MÉDROL VÉRIDERM
- NOVASEN – 650 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-CARVEDILOL – 3,125, 6,25, 12,5 ET 25 MG, COMPIRMÉS
- OXYDERM 10 %
- PMS-DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE, GOUTTES OPHTALMIQUES ET OTIQUES
- PMS-DIPIVEFRIN – 0,1%, SOLUTION OPHTALMIQUE
- PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE – 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- PMS-PIROXICAM, CAPSULES
- PROPINE
- RATIO-DOXYCYCLINE – 100 MG, CAPSULES
- RATIO-FAMOTIDINE – 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-LEVODOPA/CARBIDOPA – 100/10, 100/25 ET 250/25 MG, COMPRIMÉS
- TARO-CARBAMAZEPINE CR – 200 ET 400 MG, COMPRIMÉS
- VIDEX

**2(3) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert APO-LEVOBUNOLOL, par suppression de « ET 0,5 % ».**

**2(4) La partie 1 de l'annexe de la version française est modifiée par substitution, à « NOVO-MIRTAZAPINE – 15, 30 ET 45 MG, COMPRIMÉS » de ce qui suit :**

- NOVO-MIRTAZAPINE OD – 15, 30 ET 45 MG, COMPRIMÉS

**2(5) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert PMS-CIMETIDINE, par suppression de « , 600 ».**

**2(6) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert PMS-NIFEDIPINE, par suppression de « 5 ET ».**

**3(1) Part 2 of the Schedule is amended by adding the following specified drug in alphabetical order:**

- NOVO-SUMATRIPTAN DF – 50 and 100 mg Tablets – For the treatment of ACUTE migraine attacks in patients where standard therapy has failed – to a maximum of 144 tablets per benefit year.

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

- APO-KETOTIFEN

**3(3) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug PMS-KETOTIFEN by striking out "1 mg Tablets and".**

**Coming into force**

**4 This regulation comes into force on March 15, 2007.**

February 14, 2007  
14 février 2007

**Minister of Health/La ministre de la Santé,**  
Theresa Oswald

**3(1) La partie 2 de l'annexe est modifiée par adjonction, dans l'ordre alphabétique, du médicament couvert suivant :**

- NOVO-SUMATRIPTAN DF – 50 et 100 mg, comprimés – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.

**3(2) La partie 2 de l'annexe est modifiée par suppression du médicament couvert suivant :**

- APO-KETOTIFEN

**3(3) La partie 2 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert PMS-KETOTIFEN, par suppression de « comprimés, 1 mg, et ».**

**Entrée en vigueur**

**4 Le présent règlement entre en vigueur le 15 mars 2007.**

**L'Imprimeur de la Reine  
du Manitoba**

**The Queen's Printer  
for the Province of Manitoba**