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

Specified Drugs Regulation, amendment

Regulation 44/2012
Registered April 25, 2012

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 May 24, 2012

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

- ABILIFY – 2, 5, 10, 15, 20 AND 30 MG TABLETS
- APO-BICALUTAMIDE – 50 MG TABLETS
- APO-CLOPIDOGREL – 75 MG TABLETS
- APO-ENALAPRIL/HCTZ – 5/12.5 AND 10/25 MG TABLETS
- APO-LATANOPROST – 0.005% OPHTHALMIC SOLUTION
- APO-LOSARTAN – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- APO-LOSARTAN HCTZ – 50/12.5, 100/12.5 AND 100/25 MG TABLETS
- APO-OLANZAPINE ODT – 5, 10 AND 15 MG TABLETS
- APO-TAMSULOSIN CR – 0.4 MG TABLET
- APO-VALSARTAN – 40, 80, 160 AND 320 MG TABLETS
- BENZTROPINE – 2 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 44/2012
Date d'enregistrement : le 25 avril 2012

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

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

Entre en vigueur le 24 mai 2012

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

- ABILIFY – 2, 5, 10, 15, 20 ET 30 MG, COMPRIMÉS
- APO-BICALUTAMIDE – 50 MG, COMPRIMÉS
- APO-CLOPIDOGREL – 75 MG, COMPRIMÉS
- APO-ENALAPRIL/HCTZ – 5/12,5 ET 10/25 MG, COMPRIMÉS
- APO-LATANOPROST – 0,005 %, SOLUTION OPHTHALMIQUE
- APO-LOSARTAN – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- APO-LOSARTAN HCTZ – 50/12,5, 100/12,5 ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- APO-OLANZAPINE ODT – 5, 10 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- APO-TAMSULOSIN CR – 0,4 MG, COMPRIMÉS
- APO-VALSARTAN – 40, 80, 160 ET 320 MG, COMPRIMÉS
- BENZTROPINE – 2 MG, COMPRIMÉS

- CO CANDESARTAN - 4, 8, 16 AND 32 MG TABLETS
- CREON 6 MINIMICROSPHERES CAPSULES
- FINACEA - 15% TOPICAL GEL
- FLUOROURACIL (SANDOZ)
- HYDROMORPH CONTIN - 3, 4.5, 6, 9, 12, 18, 24 AND 30 MG CONTROLLED RELEASE CAPSULES
- INFUSION SET (FOR USE WITH INSULIN PUMPS)
- INSULIN POD (FOR USE WITH OMNIPOD)

- INSULIN RESERVOIR (FOR USE WITH INSULIN PUMPS)
- MINT-ATENOLOL - 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- MINT-PRAVASTATIN - 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- MINT-SIMVASTATIN - 5, 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- MYL-LETROZOLE - 2.5 MG TABLETS
- MYL-RANITIDINE - 150 AND 300 MG TABLETS

- MYLAN-CANDESARTAN - 4, 8, 16 AND 32 MG TABLETS
- MYLAN-CLOPIDOGREL - 75 MG TABLETS
- MYLAN-IRBESARTAN - 75, 150 AND 300 MG TABLETS
- MYLAN LOSARTAN - 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- MYLAN-LOSARTAN HCTZ - 50/12.5, 100/12.5 AND 100/25 MG TABLETS
- MYLAN-OLANZAPINE - 2.5, 5, 7.5, 10 AND 15 MG TABLETS
- MYLAN-TELMISARTAN - 40 AND 80 MG TABLETS
- MYLAN-TELMISARTAN HCTZ - 80/12.5 AND 80/25 MG TABLETS
- MYLAN-VALACYCLOVIR - 500 MG TABLETS
- MYLAN-VALSARTAN HCTZ - 80/12.5, 160/12.5, 160/25, 320/12.5, 320/25 MG TABLETS
- NITROFURANTOIN - 50 AND 100 MG TABLETS

- PHENOBARB - 15, 30, 60 AND 100 MG TABLETS
- PLAVIX - 75 MG TABLETS
- PMS-LOSARTAN - 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- PMS-OLANZAPINE - 2.5, 5, 7.5, 10 AND 15 MG TABLETS
- PMS-ONDANSETRON - 4 AND 8 MG TABLETS
- PMS-RAMIPRIL - 1.25, 2.5, 5 AND 10 MG CAPSULES

- CO CANDESARTAN - 4, 8, 16 ET 32 MG, COMPRIMÉS
- CREON 6 MINIMICROSPHÈRES, CAPSULES
- FINACEA - 15 %, GEL TOPIQUE
- FLUOROURACIL (SANDOZ)
- HYDROMORPH CONTIN - 3, 4.5, 6, 9, 12, 18, 24 ET 30 MG, CAPSULES À LIBÉRATION CONTRÔLÉE
- TROUSSE DE PERFUSION (UTILISÉE AVEC LES POMPES À INSULINE)
- POMPE À INSULINE POD (UTILISÉE AVEC L'OMNIPOD)

- RÉSERVOIR D'INSULINE (UTILISÉ AVEC LES POMPES À INSULINE)
- MINT-ATENOLOL - 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- MINT-PRAVASTATIN - 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- MINT-SIMVASTATIN - 5, 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- MYL-LETROZOLE - 2,5 MG, COMPRIMÉS
- MYL-RANITIDINE - 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS

- MYLAN-CANDESARTAN - 4, 8, 16 ET 32 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-CLOPIDOGREL - 75 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-IRBESARTAN - 75, 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN LOSARTAN - 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-LOSARTAN HCTZ - 50/12,5, 100/12,5 ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-OLANZAPINE - 2,5, 5, 7,5, 10 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-TELMISARTAN - 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-TELMISARTAN HCTZ - 80/12,5 ET 80/25 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-VALACYCLOVIR - 500 MG COMPRIMÉS
- MYLAN-VALSARTAN HCTZ - 80/12,5, 160/12,5, 160/25, 320/12,5 ET 320/25 MG, COMPRIMÉS
- NITROFURANTOIN - 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS

- PHENOBARB - 15, 30, 60 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- PLAVIX - 75 MG, COMPRIMÉS
- PMS-LOSARTAN - 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- PMS-OLANZAPINE - 2,5, 5, 7,5, 10 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- PMS-ONDANSETRON - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- PMS-RAMIPRIL - 1,25, 2,5, 5 ET 10 MG, CAPSULES

- SANDOZ CLOPIDOGREL – 75 MG TABLETS
- SANDOZ DORZOLAMIDE – 2% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLOL – 2%/0.05% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ IRBESARTAN – 75, 150 AND 300 MG TABLETS
- SANDOZ IRBESARTAN HCT – 150/12.5, 300/12.5 AND 300/25 MG TABLETS
- SANDOZ LATANOPROST – 50 MCG/ML OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ LOSARTAN – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- SANDOZ LOSARTAN HCT – 50/100, 100/12.5 AND 100/25 MG TABLETS
- SANDOZ OLANZAPINE – 2.5, 5, 7.5, 10 AND 15 MG TABLETS
- SANDOZ TELMISARTAN – 40 AND 80 MG TABLETS
- SANDOZ VALSARTAN – 40, 80, 160 AND 320 MG TABLETS
- SANDOZ VALSARTAN HCT – 80/12.5, 160/12.5, 160/25, 320/12.5 AND 320/25 MG TABLETS
- SOLYSTAT – 250MG/ML SUSPENSION
- TEVA-ALPRAZOLAM – 0.25 AND 0.5 MG TABLETS
- TEVA-ATENOLOL – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- TEVA-ATENOLOL/CHLOROTHILADONE – 50/25 AND 100/25 MG TABLETS
- TEVA-CANDESARTAN – 8, 16 AND 32 MG TABLETS
- TEVA-CARBAMAZEPINE – 200 MG TABLETS
- TEVA-CHLORPROMAZINE – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- TEVA-CLINDAMYCIN – 150 AND 300 MG CAPSULES
- TEVA-CLOPIDOGREL – 75 MG TABLETS
- TEVA-DOMPERIDONE – 10 MG TABLETS
- TEVA-DORZOTIMOL – 2%/0.05% OPHTHALMIC SOLUTION
- TEVA-HYDRAZIDE – 25 MG TABLETS
- TEVA-HYDROMORPHONE – 1, 2, 4 AND 8 MG TABLETS
- TEVA-LISINOPRIL (TYPE P) – 5, 10 AND 20 MG TABLETS
- TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P) – 10/12.5, 20/12.5 AND 20/25 MG TABLETS
- TEVA-LOSARTAN – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- TEVA-LOSARTAN HCTZ – 50/12.5, 100/12.5 AND 100/25 MG TABLETS
- SANDOZ CLOPIDOGREL – 75 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ DORZOLAMIDE – 2 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLOL – 2 %/0,05 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ IRBESARTAN – 75, 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ IRBESARTAN HCT – 150/12,5, 300/12,5 ET 300/25 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ LATANOPROST – 50 MCG/ML, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ LOSARTAN – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ LOSARTAN HCT – 50/100, 100/12,5 ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ OLANZAPINE – 2,5, 5, 7,5, 10 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ TELMISARTAN – 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ VALSARTAN – 40, 80, 160 ET 320 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ VALSARTAN HCT – 80/12,5, 160/12,5, 160/25, 320/12,5 ET 320/25 MG, COMPRIMÉS
- SOLYSTAT – 250 MG/ML, SUSPENSION
- TEVA-ALPRAZOLAM – 0,25 ET 0,5 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-ATENOLOL – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-ATENOLOL/CHLOROTHILADONE – 50/25 ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-CANDESARTAN – 8, 16 ET 32 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-CARBAMAZEPINE – 200 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-CHLORPROMAZINE – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-CLINDAMYCIN – 150 ET 300 MG, CAPSULES
- TEVA-CLOPIDOGREL – 75 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-DOMPERIDONE – 10 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-DORZOTIMOL – 2 %/0,05 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- TEVA-HYDRAZIDE – 25 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-HYDROMORPHONE – 1, 2, 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-LISINOPRIL (TYPE P) – 5, 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE P) – 10/12,5, 20/12,5 ET 20/25 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-LOSARTAN – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-LOSARTAN HCTZ – 50/12,5, 100/12,5 ET 100/25 MG, COMPRIMÉS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - TEVA-METOPROLOL – 50 AND 100 MG FILM COATED TABLETS - TEVA-METOPROLOL – 25, 50 AND 100 MG UNCOATED TABLETS - TEVA-NAPROXEN – 250, 375 AND 500 MG TABLETS - TEVA-PAROXETINE – 10, 20 AND 30 MG TABLETS - TEVA-SIMVASTATIN – 5, 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS - TEVA-TELMISARTAN – 40 AND 80 MG TABLETS - TEVA-TELMISARTAN HCTZ – 80/12.5 AND 80/25 MG TABLETS - TEVA-TRAZODONE – 50, 100 AND 150 MG TABLETS - ULTRA-FINE NANO – 32G NEEDLE - TOLOXIN – 0.05 MG/ML ORAL ELIXER - VAGIFEM – 10 AND 25 MCG VAGINAL TABLETS - XYLAC – 2.5, 5, 10, 25 AND 50 MG TABLETS | <ul style="list-style-type: none"> - TEVA-METOPROLOL – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS ENROBÉS D'UNE PELLICULE - TEVA-METOPROLOL – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS NON ENROBÉS - TEVA-NAPROXEN – 250, 375 ET 500 MG, COMPRIMÉS - TEVA-PAROXETINE – 10, 20 ET 30 MG, COMPRIMÉS - TEVA-SIMVASTATIN – 5, 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS - TEVA-TELMISARTAN – 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS - TEVA-TELMISARTAN HCTZ – 80/12,5 ET 80/25 MG, COMPRIMÉS - TEVA-TRAZODONE – 50, 100 ET 150 MG, COMPRIMÉS - AIGUILLE ULTRA-FINE^{MC} NANO – CALIBRE 32 - TOLOXIN – 0,05 MG/ML, ÉLIXIR - VAGIFEM – 10 ET 25 MCG, COMPRIMÉS VAGINAUX - XYLAC – 2,5, 5, 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS |
|---|---|

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

- APO-BENZTROPINE
- APO-HYDROXYUREA
- CREON 5 – CAPSULES
- FLUOROURACIL (ROCHE AND FLD)
- HYDROMORPH CONTIN
- MEDROXYPROGESTERONE ACETATE INJECTABLE SUSPENSION
- MYLAN-RANITIDINE
- NOVO-ALPRAZOL
- NOVO-ATENOLTHALIDONE
- NOVO-CARBAMAZ
- NOVO-CHLORPROMAZINE
- NOVO-CLINDAMYCIN
- NOVO-DOMPERIDONE
- NOVO-GLYBURIDE
- NOVO-HYDRAZIDE
- NOVO-METOPROL
- NOVO-NAPROX
- NOVO-PAROXETINE
- NOVO-TRAZODONE
- NOVO-VENLAFAXINE XR
- NU-CLONIDINE
- PMS-BROMOCRIPTINE – 5 MG CAPSULES
- PMS-BROMOCRIPTINE – 2.5 MG TABLETS
- PMS-LOXAPINE

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

- APO-BENZTROPINE
- APO-HYDROXYUREA
- CRÉON 5 – CAPSULES
- FLUOROURACIL (ROCHE ET FLD)
- HYDROMORPH CONTIN
- MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)
- MYLAN-RANITIDINE
- NOVO-ALPRAZOL
- NOVO-ATENOLTHALIDONE
- NOVO-CARBAMAZ
- NOVO-CHLORPROMAZINE
- NOVO-CLINDAMYCINE
- NOVO-DOMPERIDONE
- NOVO-GLYBURIDE
- NOVO-HYDRAZIDE
- NOVO-METOPROL
- NOVO-NAPROX
- NOVO-PAROXETINE
- NOVO-TRAZODONE
- NOVO-VENLAFAXINE XR
- NU-CLONIDINE
- PMS-BROMOCRIPTINE – 5 MG, CAPSULES
- PMS-BROMOCRIPTINE – 2,5 MG, COMPRIMÉS
- PMS-LOXAPINE

- PMS-PHENOBARBITAL
- RBX-RISPERIDONE
- TEVA-PAROXETINE
- TEVA-SIMVASTATIN
- VAGIFEM

3(3) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug CHAMPIX by adding "- TO A MAXIMUM OF 165 TABLETS PER BENEFIT YEAR".

3(4) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug DIAMICRON MR by adding "AND 60" after "30".

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

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

- FLUNARIZINE (AA PHARMA) – 5 mg Capsules – For prophylaxis of migraines in cases where alternative prophylactic agents have not been effective.
- MYLAN-FINASTERIDE – 5 mg Tablets – For the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia.
- MYLAN-PRAMIPEXOLE – 0.25, 0.5, 1 and 1.5 mg Tablets – For the treatment for idiopathic Parkinson's Disease.
- MYLAN-RIZATRIPTAN ODT – 5 and 10 mg Controlled Release Tablets – For the treatment of ACUTE migraine attacks in patients where standard therapy has failed – to a maximum of 144 tablets per benefit year.

- PMS-PHENOBARBITAL
- RBX-RISPERIDONE
- TEVA-PAROXETINE
- TEVA-SIMVASTATIN
- VAGIFEM

3(3) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert CHAMPIX, par adjonction de « - MAXIMUM DE 165 COMPRIMÉS PAR ANNÉE D'INDEMNISATION ».

3(4) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert DIAMICRON MR, par adjonction de « ET 60 » après « 30 ».

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

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

- FLUNARIZINE (AA PHARMA) – capsules, 5 mg – pour la prophylaxie des migraines lorsque les agents prophylactiques de relais n'ont pas été efficaces.
- MYLAN-FINASTERIDE – comprimés, 5 mg – pour le traitement de l'hyperplasie bénigne symptomatique.
- MYLAN-PRAMIPEXOLE – comprimés, 0,25, 0,5, 1 et 1,5 mg – pour le traitement de la maladie de Parkinson idiopathique.
- MYLAN-RIZATRIPTAN ODT – comprimés à libération contrôlée, 5 et 10 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.

- MYLAN-ZOLMITRIPTAN – 2.5 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.
 - PMS-ZOLMITRIPTAN, PMS-ZOLMITRIPTAN ODT – 2.5 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.
 - SANDOZ MONTELUKAST – 4 mg Granules –
 - (a) Indicated as adjunctive therapy for asthma in cases where:
 - (i) Maximum doses of inhaled corticosteroids have not effectively controlled symptoms, or
 - (ii) Evidence of serious adverse effects associated with corticosteroids exists. eg. adrenal suppression, increased lung infections;
 - (b) Indicated as first line therapy for exercise induced asthma.
 - SANDOZ RIZATRIPTAN ODT – 5 and 10 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.
 - SANDOZ ZOLMITRIPTAN, SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT – 2.5 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.
- MYLAN-ZOLMITRIPTAN – comprimés, 2.5 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.
 - PMS-ZOLMITRIPTAN, PMS-ZOLMITRIPTAN ODT – comprimés, 2,5 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.
 - SANDOZ MONTELUKAST – granules, 4 mg –
 - a) traitement d'appoint pour l'asthme dans les cas suivants :
 - (i) les doses maximales de corticostéroïdes administrées par inhalation n'ont pas contrôlé les symptômes de façon efficace;
 - (ii) des réactions indésirables à l'utilisation de corticostéroïdes sont à craindre, p. ex. suppression surrénale, infection aggravée des poumons.
 - b) thérapie du premier degré pour l'asthme induit par l'exercice.
 - SANDOZ RIZATRIPTAN ODT – comprimés, 5 et 10 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.
 - SANDOZ ZOLMITRIPTAN, SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT – comprimés, 2,5 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.

- TEVA-MONTELUKAST - 4, 5 and 10 mg Tablets -

(a) Indicated as adjunctive therapy for asthma in cases where:

(i) Maximum doses of inhaled corticosteroids have not effectively controlled symptoms, or

(ii) Evidence of serious adverse effects associated with corticosteroids exists. eg. adrenal suppression, increased lung infections;

(b) Indicated as first line therapy for exercise induced asthma.

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

- APO-FLUNARIZINE
- MINOCIN
- NEUPOGEN
- PLAVIX

- TEVA-MONTELUKAST - comprimés, 4, 5 et 10 mg -

a) traitement d'appoint pour l'asthme dans les cas suivants :

(i) les doses maximales de corticostéroïdes administrées par inhalation n'ont pas contrôlé les symptômes de façon efficace;

(ii) des réactions indésirables à l'utilisation de corticostéroïdes sont à craindre, p. ex. suppression surrénale, infection aggravée des poumons.

b) thérapie du premier degré pour l'asthme induit par l'exercice.

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

- APO-FLUNARIZINE
- MINOCIN
- NEUPOGEN
- PLAVIX

4(3) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drugs APO-CLARITHROMYCIN, BIAXIN, BIAXIN XL, CO AZITHROMYCIN – 250 mg Tablets, MYLAN-AZITHROMYCIN, MYLAN-CLARITHROMYCIN, NOVO-AZITHROMYCIN – 250 mg Tablets, PMS-AZITHROMYCIN – 250 mg Tablets, PMS-CLARITHROMYCIN, RAN-CLARITHROMYCIN, RATIO-AZITHROMYCIN, RATIO-CLARITHROMYCIN, SANDOZ AZITHROMYCIN – 250 mg Tablets, SANDOZ CLARITHROMYCIN, ZITHROMAX – 250 mg Tablets, by adding the following after clause (c):

(d) Pneumonia;

(e) Infections requiring a macrolide (including CAP in patients 65 and older) with documented intolerance to erythromycin.

4(3) La partie 2 de l'annexe est modifiée :

a) aux médicaments couverts APO-CLARITHROMYCIN, BIAXIN XL, CO AZITHROMYCINE – comprimés, 250 mg –, MYLAN-AZITHROMYCINE, MYLAN-CLARITHROMYCIN, NOVO-AZITHROMYCINE – comprimés, 250 mg –, PMS-AZITHROMYCINE – comprimés, 250 mg –, PMS-CLARITHROMYCIN, RATIO-AZITHROMYCINE, RATIO-CLARITHROMYCIN, SANDOZ AZITHROMYCINE – comprimés, 250 mg – et SANDOZ CLARITHROMYCIN, par adjonction, après l'alinéa c), de ce qui suit :

d) des pneumonies;

e) des infections exigeant des macrolides (y compris les pneumonies d'origine communautaire contractées par des personnes d'au moins 65 ans) chez les patients qui ne tolèrent pas l'érythromycine.

b) aux médicaments couverts BIAXIN et RAN-CLARITHROMYCIN, par adjonction, après l'alinéa c), de ce qui suit :

d) traitement des pneumonies;

e) traitement des infections exigeant des macrolides (y compris les pneumonies d'origine communautaire contractées par des personnes d'au moins 65 ans) chez les patients qui ne tolèrent pas l'érythromycine.

c) au médicament couvert ZITHROMAX – comprimés, 250 mg –, par adjonction, après l'alinéa c), de ce qui suit :

d) ayant des pneumonies;

e) ayant des infections exigeant des macrolides (y compris les pneumonies d'origine communautaire contractées par des personnes d'au moins 65 ans) s'ils ne tolèrent pas l'érythromycine.

4(4) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drugs APO-LEVOFLOXACIN, CO LEVOFLOXACIN, LEVAQUIN, MYLAN-LEVOFLOXACIN, NOVO-LEVOFLOXACIN, PMS-LEVOFLOXACIN, SANDOZ LEVOFLOXACIN, by adding the following after clause (f):

(g) Community acquired pneumonia with co-morbid illness or failure of first-line therapy;

(h) Pneumonia in long-term care patients.

Coming into force

5 This regulation comes into force on May 24, 2012.

April 25, 2012
25 avril 2012

Minister of Health/La ministre de la Santé,

Theresa Oswald

4(4) La partie 2 de l'annexe est modifiée, aux médicaments couverts APO-LEVOFLOXACIN, CO LEVOFLOXACIN, LEVAQUIN, MYLAN-LEVOFLOXACIN, NOVO-LEVOFLOXACIN, PMS-LEVOFLOXACIN et SANDOZ LEVOFLOXACIN, par adjonction, après l'alinéa f), de ce qui suit :

g) traitement des pneumonies d'origine communautaire chez les patients ayant une maladie concomitante ou qui ne réagissent pas au traitement de première ligne;

h) traitement des pneumonies chez les patients qui reçoivent des soins de longue durée.

Entrée en vigueur

5 Le présent règlement entre en vigueur le 24 mai 2012.

L'Imprimeur de la Reine
du Manitoba

The Queen's Printer
for the Province of Manitoba