

---

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

**Specified Drugs Regulation, amendment**

---

Regulation 167/2012  
Registered December 19, 2012

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

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

Effective January 21, 2013

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

- AGENERASE
- APO-BROMOCRIPTINE
- APO-BROMOCRIPTINE CAPSULES
- APO-CARBAMAZEPINE - 200 MG TABLETS
- APO-CHLORDIAZEPOXIDE
- APO-CLONIDINE
- APO-DESIPRAMINE
- APO-ERYTHRO-S
- APO-INDOMETHACIN
- APO-KETO
- APO-KETO-E
- APO-METHOPRAZINE
- APO-METOCLOP
- APO-PENTOXIFYLLINE SR TABLETS
- APO-PROCHLORAZINE
- APO-TRIAZO
- CAPOTEN
- INTAL SPINHALER
- PMS-CAPTOPRIL
- PMS-CEPHALEXIN

---

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 167/2012  
Date d'enregistrement : le 19 décembre 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 A qui précède  
la partie 1 est remplacé par ce qui suit :**

Entre en vigueur le 21 janvier 2013

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

- AGENERASE
- APO-BROMOCRIPTINE
- APO-BROMOCRIPTINE, CAPSULES
- APO-CARBAMAZEPINE - 200 MG, COMPRIMÉS
- APO-CHLORDIAZEPOXIDE
- APO-CLONIDINE
- APO-DESIPRAMINE
- APO-ERYTHRO-S
- APO-INDOMETHACIN
- APO-KETO
- APO-KETO-E
- APO-METHOPRAZINE
- APO-METOCLOP
- APO-PENTOXIFYLLINE SR, COMPRIMÉS
- APO-PROCHLORAZINE
- APO-TRIAZO
- CAPOTEN
- INTAL SPINHALER
- PMS-CAPTOPRIL
- PMS-CEPHALEXIN

- PMS-DIVALPROEX
- PMS-DOXYCYCLINE
- PMS-FLUVOXAMINE
- PMS-GLICLAZIDE
- PMS-MORPHINE SR
- PMS-OXYCODONE-ACETAMINOPHEN
- PMS-PIROXICAM – 20 MG CAPSULES
- PMS-PIROXICAM SUPPOSITORIES
- PMS-SELEGILINE
- PMS-TAMOXIFEN
- PMS-TEMAZEPAM
- PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE STRIPS
- PRECISION XTRA BLOOD KETONE TEST STRIPS
- RATIO-CAPTOPRIL

- PMS-DIVALPROEX
- PMS-DOXYCYCLINE
- PMS-FLUVOXAMINE
- PMS-GLICLAZIDE
- PMS-MORPHINE SR
- PMS-OXYCODONE-ACETAMINOPHEN
- PMS-PIROXICAM – 20 MG, CAPSULES
- PMS-PIROXICAM, SUPPOSITOIRES
- PMS-SELEGILINE
- PMS-TAMOXIFEN
- PMS-TEMAZEPAM
- PRECISION XTRA, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE
- PRECISION XTRA, BANDELETTES RÉACTIVES AUX CÉTONES DANS LE SANG
- RATIO-CAPTOPRIL

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

- ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS
- ALYSENA 21
- ALYSENA 28
- APO-AMLODIPINE – 5 AND 10 MG TABLETS
- APO-CANDESARTAN/HCTZ – 16/12.5 MG TABLETS
- APO-HYDROMORPHONE – 1, 2, 4 AND 8 MG TABLETS
- APO-IRBESARTAN – 75, 150 AND 300 MG TABLETS
- APO-IRBESARTAN/HCTZ – 150/12.5, 300/12.5 AND 300/25 MG TABLETS
- APO-LAMIVUDINE HBV – 100 MG TABLETS
- APO-ROPINIROLE – 0.25, 1, 2 AND 5 MG TABLETS
- APO-ROSUVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- APO-VALSARTAN/HCTZ – 80/12.5, 160/12.5, 160/25, 320/12.5 AND 320/25 MG TABLETS
- ATORVASTATIN (APOTEX) – 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- BROMOCRIPTINE (AA PHARMA) – 2.5 MG TABLETS AND 5 MG CAPSULES
- CHLORAZEPATE (AA PHARMA) – 3.75, 7.5 AND 15 MG TABLETS
- CHLORDIAZEPOXIDE (AA PHARMA) – 5, 10 AND 25 MG TABLETS
- CO AMLODIPINE – 5 AND 10 MG TABLETS
- CO CANDESARTAN/HCT – 16/12.5 MG TABLETS
- CO EXEMESTANE – 25 MG TABLET

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

- ACCU-CHEK FASTCLIX, LANCETTES
- ALYSENA 21
- ALYSENA 28
- APO-AMLODIPINE – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- APO-CANDESARTAN/HCTZ – 16/12,5 MG, COMPRIMÉS
- APO-HYDROMORPHONE – 1, 2, 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- APO-IRBESARTAN – 75, 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- APO-IRBESARTAN/HCTZ – 150/12,5, 300/12,5 ET 300/25 MG, COMPRIMÉS
- APO-LAMIVUDINE HBV – 100 MG, COMPRIMÉS
- APO-ROPINIROLE – 0,25, 1, 2 ET 5 MG, COMPRIMÉS
- APO-ROSUVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- APO-VALSARTAN/HCTZ – 80/12,5, 160/12,5, 160/25, 320/12,5 ET 320/25 MG, COMPRIMÉS
- ATORVASTATIN (APOTEX) – 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- BROMOCRIPTINE (AA PHARMA) – 2,5 MG, COMPRIMÉS ET 5 MG, CAPSULES
- CHLORAZEPATE (AA PHARMA) – 3,75, 7,5 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- CHLORDIAZEPOXIDE (AA PHARMA) – 5, 10 ET 25 MG, COMPRIMÉS
- CO AMLODIPINE – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- CO CANDESARTAN/HCT – 16/12,5 MG, COMPRIMÉS
- CO EXEMESTANE – 25 MG, COMPRIMÉS

- CO LATANOPROST - 0.005% OPHTHALMIC SOLUTION
- CO LOSARTAN/HCT - 50/12.5, 100/12.5 AND 100/25 MG TABLETS
- CO NABILONE - 0.5 AND 1 MG TABLETS
- CO TELMISARTAN - 40 AND 80 MG TABLETS
- CO TELMISARTAN/HCTZ - 80/12.5 AND 80/25 MG TABLETS
- CO TEMOZOLOMIDE - 20, 100, 140 AND 250 MG CAPSULES
- COLCHICINE (EURO-PHARM)
- DESIPRAMINE (AA PHARMA) - 10, 25, 50, 75 AND 100 MG TABLETS
- ERYTHRO-S (AA PHARMA) - 250 AND 500 MG TABLETS
- ESME 21
- ESME 28
- FLUPHENAZINE (AA PHARMA) - 1, 2 AND 5 MG TABLETS
- FREESTYLE LANCETS
- FREESTYLE PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE STRIPS
- FREESTYLE PRECISION XTRA BLOOD KETONE TEST STRIPS
- HYDRALAZINE (AA PHARMA) - 10, 25 AND 50 MG TABLETS
- JAMP-AMLODIPINE - 5 AND 10 MG TABLETS
- JAMP-ATENOLOL - 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- JAMP-BICALUTAMIDE - 50 MG TABLETS
- JAMP-CANDESARTAN - 4, 8, 16 AND 32 MG TABLETS
- JAMP-FLUOXETINE - 20 MG CAPSULES
- JAMP-LETROZOLE - 2.5 MG TABLETS
- JAMP-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- JAMP-SIMVASTATIN - 5, 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- KETOPROFEN (AA PHARMA) - 50 MG CAPSULES
- KETOPROFEN-E (AA PHARMA) - 50 AND 100 MG TABLETS
- LEVOCARB CR (AA PHARMA) - 200/50 MG TABLETS
- METHOPRAZINE (AA PHARMA) - 2, 5, 25 AND 50 MG TABLETS
- METHYLPREDNISOLONE ACETATE - 40 MG/ML, 40 MG/ML WITH PRESERVATIVE, 80 MG/ML AND 80 MG/ML WITH PRESERVATIVE (SANDOZ)
- CO LATANOPROST - 0.005 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- CO LOSARTAN/HCT - 50/12.5, 100/12.5 ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- CO NABILONE - 0.5 ET 1 MG, COMPRIMÉS
- CO TELMISARTAN - 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- CO TELMISARTAN/HCTZ - 80/12.5 ET 80/25 MG, COMPRIMÉS
- CO TEMOZOLOMIDE - 20, 100, 140 ET 250 MG, CAPSULES
- COLCHICINE (EURO-PHARM)
- DESIPRAMINE (AA PHARMA) - 10, 25, 50, 75 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- ERYTHRO-S (AA PHARMA) - 250 ET 500 MG, COMPRIMÉS
- ESME 21
- ESME 28
- FLUPHENAZINE (AA PHARMA) - 1, 2 ET 5 MG, COMPRIMÉS
- FREESTYLE, LANCETTES
- FREESTYLE, PRECISION XTRA, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE
- FREESTYLE, PRECISION XTRA, BANDELETTES RÉACTIVES AUX CÉTONES DANS LE SANG
- HYDRALAZINE (AA PHARMA) - 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-AMLODIPINE - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-ATENOLOL - 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-BICALUTAMIDE - 50 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-CANDESARTAN - 4, 8, 16 ET 32 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-FLUOXETINE - 20 MG, CAPSULES
- JAMP-LETROZOLE - 2.5 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-SIMVASTATIN - 5, 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- KETOPROFEN (AA PHARMA) - 50 MG, CAPSULES
- KETOPROFEN-E (AA PHARMA) - 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- LEVOCARB CR (AA PHARMA) - 200/50 MG, COMPRIMÉS
- METHOPRAZINE (AA PHARMA) - 2, 5, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- METHYLPREDNISOLONE ACETATE - 40 MG/ML, 40 MG/ML AVEC AGENT DE CONSERVATION, 80 MG/ML ET 80 MG/ML AVEC AGENT DE CONSERVATION (SANDOZ)

- MEZAVANT – 1.2 G TABLET
- MYLAN-AMLODIPINE – 5 AND 10 MG TABLETS
- MYLAN-ANASTROZOLE – 1 MG TABLET
- MYLAN-ATORVASTATIN – 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- MYLAN-CANDESARTAN HCTZ – 16/12.5 MG TABLETS
- MYLAN-ENTACAPONE – 200 MG TABLETS
- MYLAN-NEVIRAPINE – 200 MG TABLETS
- MYLAN-OLANZAPINE ODT – 5, 10 AND 15 MG TABLETS
- MYLAN-ROSUVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- MYLAN-VALSARTAN – 40, 80, 160 AND 320 MG TABLETS
- PENTOXIFYLLINE SR (AA PHARMA) – 400 MG TABLETS
- PMS-CANDESARTAN-HCTZ – 16/12.5 MG TABLETS
- PMS-TERBINAFINE – 250 MG TABLETS
- PROCHLORAZINE (AA PHARMA) – 5 AND 10 MG TABLETS
- RATIO-CODEINE – 5 MG/ML SYRUP
- SANDOZ CANDESARTAN PLUS – 16/12.5 MG TABLETS
- SANDOZ FLUOROMETHOLONE – 0.1% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ POLYTRIMETHOPRIM – 1 MG/1000 U OPHTHALMIC SOLUTION
- TEVA-AMLODIPINE – 5 AND 10 MG TABLETS
- TEVA-CANDESARTAN/HCTZ – 16/12.5 MG TABLETS
- TEVA-ROSUVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- TOBRAMYCIN (JAMP) – 40 MG/ML INJECTION
- TRIAZOLAM (AA PHARMA) – 0.125 AND 0.25 MG TABLETS

**3(3) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug APO-HYDRALAZINE by adding "10 MG TABLETS" after "APO-HYDRALAZINE".**

**3(4) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug DESOCORT by striking out ", OINTMENT AND LOTION".**

- MEZAVANT – 1,2 G, COMPRIMÉS
- MYLAN-AMLODIPINE – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-ANASTROZOLE – 1 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-ATORVASTATIN – 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-CANDESARTAN HCTZ – 16/12,5 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-ENTACAPONE – 200 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-NEVIRAPINE – 200 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-OLANZAPINE ODT – 5, 10 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-ROSUVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-VALSARTAN – 40, 80, 160 ET 320 MG, COMPRIMÉS
- PENTOXIFYLLINE SR (AA PHARMA) – 400 MG, COMPRIMÉS
- PMS-CANDESARTAN-HCTZ – 16/12,5 MG, COMPRIMÉS
- PMS-TERBINAFINE – 250 MG, COMPRIMÉS
- PROCHLORAZINE (AA PHARMA) – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-CODEINE – 5 MG/ML, SIROP
- SANDOZ CANDESARTAN PLUS – 16/12,5 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ FLUOROMETHOLONE – 0,1 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ POLYTRIMETHOPRIM – 1 MG/1000 U, SOLUTION OPHTALMIQUE
- TEVA-AMLODIPINE – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-CANDESARTAN/HCTZ – 16/12,5 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-ROSUVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- TOBRAMYCINE (JAMP) – 40 MG/ML, INJECTION
- TRIAZOLAM (AA PHARMA) – 0,125 ET 0,25 MG, COMPRIMÉS

**3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert APO-HYDRALAZINE, par adjonction de « – 10 MG, COMPRIMÉS » après « APO-HYDRALAZINE ».**

**3(4) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert DÉSOCORT, par suppression de « , POMMADE ET LOTION ».**

**3(5) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug METHOTREXATE INJECTION by adding "(HOSPIRA)" after "INJECTION".**

**3(6) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug TOBRAMYCIN by adding "(SANDOZ)" after "TOBRAMYCIN".**

**3(7) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug TRIFLUOPERAZINE by striking out "2, 5 AND 10 MG TABLETS" and substituting "2, 5, 10 AND 20 MG TABLETS".**

**3(8) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug VAGIFEM by striking out "25 MCG" and substituting "10 MCG".**

**4(1) Part 2 of Schedule A is amended by striking out the following specified drugs:**

- ARISTOSPAN
- CHILDREN'S ASPIRIN
- MAR-RIZATRIPTAN
- PEDIAZOLE
- PMS-TICLOPIDINE

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

- ACCEL-CLARITHROMYCIN - 125 mg/5 mL and 250 mg/5 mL Powder for suspension - For the treatment of patients:
  - (a) not responding to or intolerant of alternative antibiotics (eg. Amoxicillin and erythromycin);
  - (b) with mycobacterial infections due to mycobacterium avium and mycobacterium intracellulare;

**3(5) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert MÉTHOTREXATE, INJECTION, par adjonction de « (HOSPIRA) » après « INJECTION ».**

**3(6) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert TOBRAMYCINE, par adjonction de « (SANDOS) » après « TOBRAMYCINE ».**

**3(7) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert TRIFLUOPERAZINE, par substitution, à « 2, 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS », de « 2, 5, 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS ».**

**3(8) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert VAGIFEM, par substitution, à « 25 MCG », de « 10 MCG ».**

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

- ARISTOSPAN
- ASPIRINE POUR ENFANTS
- MAR-RIZATRIPTAN
- PÉDIAZOLE
- PMS-TICLOPIDINE

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

- ACCEL-CLARITHROMYCIN - poudre pour suspension, 125 et 250 mg/5 ml - pour le traitement :
  - a) des malades qui ne réagissent pas aux antibiotiques de relais ou qui ne les tolèrent pas (p. ex. amoxicilline et érythromycine);
  - b) des malades ayant des mycobactérioses provoquées par le mycobacterium avium et le mycobacterium intracellulare;

(c) in combination therapy in the treatment of H. Pylori;

(d) with pneumonia; or

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

- APO-MONTELUKAST – 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.

- APO-RIZATRIPTAN – 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.

- CO FENTANYL – 12, 25, 50, 75 and 100 mcg Patches – for the treatment of pain in patients unable to tolerate analgesics or when there is failure to adequately control pain with oral analgesics, or in patients for whom oral analgesics are deemed inappropriate.

- CO RIZATRIPTAN – 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.

c) des ulcères causés par l'helicobacter pylori chez les malades qui subissent une pharmacothérapie mixte;

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.

- APO-MONTELUKAST – comprimés, 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.

- APO-RIZATRIPTAN – 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.

- CO FENTANYL – timbres, 12, 25, 50, 75 et 100 mcg – pour le traitement de la douleur chez les malades qui ne peuvent supporter les analgésiques administrés par voie orale ou pour lesquels ils ne sont pas recommandés ou lorsque ces derniers ne peuvent réduire suffisamment la douleur.

- CO RIZATRIPTAN – comprimés, 10 mg – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.

- JAMP-CIPROFLOXACIN – 250, 500 and 750 mg Tablets –
    - (a) Step-down care following hospital separation in patients treated with parenteral antibiotics;
    - (b) Treatment of Pseudomonal infections or resistant gram-negative infections;
    - (c) Treatment of Gonococcal infections;
    - (d) Treatment of infections in persons allergic to alternative agents (eg. penicillins, cephalosporins and sulphonamides);
    - (e) Treatment of infections in immunocompromised patients;
    - (f) Treatment of diabetic foot infections and complications of orthopaedic surgery; or
    - (g) Treatment of chronic bacterial prostatitis.
  
  - JAMP-FINASTERIDE – 5 mg Tablets – For the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia.
  
  - JAMP-MONTELUKAST – 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.
  
  - JAMP-RIZATRIPTAN – 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.
- JAMP-CIPROFLOXACIN – comprimés, 250, 500 et 750 mg –
    - a) deuxième étape de soins à la sortie de l'hôpital pour les malades auxquels des antibiotiques ont été administrés par voie parentérale;
    - b) traitement des infections pseudomonales ou des infections Gram négatif résistantes;
    - c) traitement des gonococcies résistantes;
    - d) traitement des infections chez les personnes allergiques aux agents de relais (p. ex. pénicillines, céphalosporines et sulfonamides);
    - e) traitement des infections chez les malades immunodéprimés;
    - f) traitement des infections de pied diabétique et des complications résultant d'une chirurgie orthopédique;
    - g) traitement d'une prostatite bactérienne chronique.
  
  - JAMP-FINASTERIDE – comprimés, 5 mg – pour le traitement de l'hyperplasie bénigne symptomatique.
  
  - JAMP-MONTELUKAST – comprimés, 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.
  
  - JAMP-RIZATRIPTAN – comprimés, 5 et 10 mg – pour le traitement des migraines AIGÜES lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.

- MAR-RIZATRIPTAN – 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.
- MYLAN-FENTANYL MATRIX – 12, 25, 50, 75 and 100 mcg Patches – For the treatment of pain in patients unable to tolerate analgesics or when there is failure to adequately control pain with oral analgesics, or in patients for whom oral analgesics are deemed inappropriate.
- MYLAN-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.
- MYLAN-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.
- OMNITROPE (SANDOZ) – 5 mg/1.5 mL and 10 mg/1.5 mL Injection – For the long term management of children who have growth failure due to inadequate secretion of normal endogenous growth hormone.
- SANDOZ CIPROFLOXACIN – 0.3% Ophthalmic Solution – For the treatment of ophthalmic infections caused by gram-negative organisms or those not responding to alternative agents.
- MAR-RIZATRIPTAN – 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.
- MYLAN-FENTANYL MATRIX – timbres, 12, 25, 50, 75 et 100 mcg – pour le traitement de la douleur chez les malades qui ne peuvent supporter les analgésiques administrés par voie orale ou pour lesquels ils ne sont pas recommandés ou lorsque ces derniers ne peuvent réduire suffisamment la douleur.
- MYLAN-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.
- MYLAN-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.
- OMNITROPE (SANDOZ) – injection, 5 mg et 10 mg/1,5 ml – pour le traitement à long terme des enfants ayant des troubles de croissance causés par une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène normale.
- SANDOZ CIPROFLOXACIN – 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.

- SANDOZ OFLOXACIN - 0.3% Ophthalmic Solution - For the treatment of ophthalmic infections caused by gram-negative organisms or those not responding to alternative agents.

- SANDOZ 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.

**Coming into force**

**5 This regulation comes into force on January 21, 2013.**

**Entrée en vigueur**

**5 Le présent règlement entre en vigueur le 21 janvier 2013.**

December 19, 2012  
19 décembre 2012

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

Theresa Oswald

---

The Queen's Printer  
for the Province of Manitoba

---

L'Imprimeur de la Reine  
du Manitoba