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

Specified Drugs Regulation, amendment

Regulation 31/2013
Registered March 19, 2013

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 April 18, 2013

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

- APO-SULFINPYRAZONE
- AVIANE
- STIEVA-A - 0.025 AND 0.05% GEL
- 292

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

- CELESTODERM V - 0.05% CREAM AND
OINTMENT
- CELESTODERM V/2 - 0.1% CREAM AND
OINTMENT
- CO DILTIAZEM CD - 120, 180, 240 AND
300 MG CAPSULES
- CO DILTIAZEM T - 120, 180, 240, 300
AND 360 MG 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 31/2013
Date d'enregistrement : le 19 mars 2013

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 18 avril 2013

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

- APO-SULFINPYRAZONE
- AVIANE
- STIEVA-A - 0,025 ET 0,05 %, GEL
- 292

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

- CELESTODERM V - 0,05 % CRÈME ET
POMMADE
- CELESTODERM V/2 - 0,1 % CRÈME ET
POMMADE
- CO DILTIAZEM CD - 120, 180, 240 ET 300 MG,
CAPSULES
- CO DILTIAZEM T - 120, 180, 240, 300
ET 360 MG, CAPSULES

- JAMP-CARVEDILOL – 3.125, 6.25, 12.5 AND 25 MG TABLETS
- JAMP-DOMPERIDONE – 10 MG TABLETS
- JAMP-FOSINORPIL – 10 AND 20 MG TABLETS

- JAMP-GABAPENTIN – 100, 300 AND 400 MG TABLETS
- JAMP-K20 – 1500 MG TABLETS
- JAMP-LISINOPRIL – 5, 10 AND 20 MG TABLETS

- JAMP-METFORMIN – 500 AND 850 MG TABLETS
- JAMP-METFORMIN BLACKBERRY – 500 AND 850 MG TABLETS
- JAMP-PAROXETINE – 10, 20 AND 30 MG TABLETS
- JAMP-PRAVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- JAMP-ROPINIROLE – 0.25, 1, 2 AND 5 MG TABLETS
- JAMP-SERTRALINE – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- JAMP-SOTALOL – 80 AND 160 MG TABLETS
- JAMP-TERBINAFINE – 250 MG TABLETS
- MAR-ALLOPURINOL – 100, 200 AND 300 MG TABLETS
- MINT-IRBESARTAN/HCTZ – 150/12.5, 300/12.5 AND 300/25 MG TABLETS
- MINT-LOSARTAN/HCTZ – 50/12.5, 100/12.5, 100/25 MG TABLETS
- MINT-METFORMIN – 500 AND 850 MG TABLETS
- MYLAN-TERAZOSIN – 1, 2, 5 AND 10 MG TABLETS
- OPTICHAMBER DIAMOND
- RAN-ONDANSETRON – 4 AND 8 MG TABLETS

- SULFINPYRAZONE (AA PHARMA) – 200 MG TABLETS
- TEVA-FLUVASTATIN – 20 AND 40 MG TABLETS

- JAMP-CARVEDILOL – 3,125, 6,25, 12,5 ET 25 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-DOMPERIDONE – 10 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-FOSINORPIL – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS

- JAMP-GABAPENTIN – 100, 300 ET 400 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-K20 – 1 500 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-LISINOPRIL – 5, 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-METFORMIN – 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-METFORMIN BLACKBERRY – 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-PAROXETINE – 10, 20 ET 30 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-PRAVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-ROPINIROLE – 0,25, 1, 2 ET 5 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-SERTRALINE – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-SOTALOL – 80 ET 160 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-TERBINAFINE – 250 MG, COMPRIMÉS
- MAR-ALLOPURINOL – 100, 200 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- MINT-IRBESARTAN/HCTZ – 150/12,5, 300/12,5 ET 300/25 MG, COMPRIMÉS
- MINT-LOSARTAN/HCTZ – 50/12,5, 100/12,5, 100/25 MG, COMPRIMÉS
- MINT-METFORMIN – 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-TERAZOSIN – 1, 2, 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- OPTICHAMBER DIAMOND
- RAN-ONDANSETRON – 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- SULFINPYRAZONE (AA PHARMA) – 200 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-FLUVASTATIN – 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS

3(3) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug FREESTYLE PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE STRIPS by adding "- TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR" after "STRIPS".

3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert FREESTYLE, PRECISION XTRA, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE, par adjonction, après « GLYCÉMIE », de « - MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION ».

3(4) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug JAMP-CITALOPRAM by adding "10," before "20 AND".

3(5) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug PMS-DICLOFENAC – 50 AND 100 MG SUPPOSITORIES by striking out "AND 100" after "50".

3(6) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug PREZISTA by adding "150," before "400".

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

– SAIZEN – 3.33, 5 and 8.8 mg/vial and 6, 12 and 20 mg cartridge Injections –

(a) For the long term management of children who have growth failure due to an inadequate secretion of normal endogenous growth hormone;

(b) For the treatment of children who have growth failure associated with chronic renal failure insufficiency up to the time of renal transplant;

(c) For treatment of short stature associated with Turner Syndrome in patients whose epiphyses are not closed.

NOTE: Use the appropriate vial strength, based on the weight of the patient, in order to avoid wastage.

3(4) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert JAMP-CITALOPRAM, par adjonction, avant « 20 ET », de « 10, ».

3(5) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert PMS-DICLOFENAC – 50 ET 100 MG, SUPPOSITOIRES, par suppression de « ET 100 ».

3(6) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert PREZISTA, par adjonction, avant « 400 », de « 150, ».

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

SAIZEN – fiole de préparation injectable, 3,33, 5 et 8,8 mg, et cartouche de préparation injectable, 6, 12 et 20 mg –

a) 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;

b) pour le traitement des enfants ayant des troubles de croissance liés à une insuffisance rénale chronique jusqu'au moment de la transplantation rénale;

c) pour le traitement d'une insuffisance staturale liée au syndrome de Turner chez les malades dont les épiphyses ne sont pas fermées.

NOTA : Il faut choisir l'ampoule dont la quantité convient au poids du malade afin d'éviter le gaspillage.

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

- JAMP-CYCLOBENZAPRINE – 10 mg Tablets – As an adjunct to rest and physical therapy for relief of muscle spasm associated with acute, painful musculoskeletal conditions not responding to alternative therapy. Coverage will be provided for up to 126 tablets per benefit year.

- MINT-FINASTERIDE – 5 MG TABLETS – For the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia.

- NUTROPIN AQ NUSPIN – 10 mg/2 mL Injection –
 - (a) For the long term management of children who have growth failure due to an inadequate secretion of normal endogenous growth hormone;

 - (b) For the treatment of children who have growth failure associated with chronic renal failure insufficiency up to the time of renal transplant;

 - (c) For treatment of short stature associated with Turner Syndrome in patients whose epiphyses are not closed.

4(3) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug ESTRADERM by striking out "25," before "50".

4(4) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug NOVO-PRAMIPEXOLE by striking out "NOVO" and substituting "TEVA".

4(5) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug TAMIFLU by striking out "12 mg/mL" and substituting "6 mg/mL".

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

- JAMP-CYCLOBENZAPRINE – comprimés, 10 mg – médicament d'appoint au repos et à la physiothérapie visant à soulager les spasmes musculaires associés à des troubles musculo-squelettiques aigus et douloureux que les autres formes de thérapie ne peuvent soulager. Un maximum de 126 comprimés sont pris en charge par année d'indemnisation.

- MINT-FINASTERIDE – comprimés, 5 mg – pour le traitement de l'hyperplasie bénigne symptomatique.

- NUTROPIN AQ NUSPIN – injection, 10 mg/2 ml –
 - a) 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;

 - b) pour le traitement des enfants ayant des troubles de croissance liés à une insuffisance rénale chronique jusqu'au moment de la transplantation rénale;

 - c) pour le traitement d'une insuffisance staturale liée au syndrome de Turner chez les malades dont les épiphyses ne sont pas fermées.

4(3) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert ESTRADERM, par suppression de « 25, ».

4(4) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert NOVO-PRAMIPEXOLE, par substitution, à « NOVO », de « TEVA ».

4(5) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert TAMIFLU, par substitution, à « 12 mg/mL », de « 6 mg/mL ».

Coming into force

**5 This regulation comes into force on
April 18, 2013.**

Entrée en vigueur

**5 Le présent règlement entre en vigueur
le 18 avril 2013.**

March 19, 2013
19 mars 2013

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