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

Specified Drugs Regulation, amendment

Regulation 196/2013
Registered December 18, 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 January 23, 2014

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

- AJ-VANCOMYCIN - 500 MG AND 1 G
INJECTION
- AMLODIPINE (SIVEM) - 5 AND 10 MG TABLETS
- AMOXICILLIN (SIVEM) - 250 AND 500 MG
CAPSULES AND 250 MG/5 ML ORAL
SUSPENSION
- APO-LORAZEPAM - 0.5, 1 AND 2 MG
SUBLINGUAL TABLETS
- APO-OMEPRAZOLE - 20 MG CAPSULES
- APO-QUINAPRIL/HCTZ - 10/12.5 MG, 20/12.5
MG AND 20/25 MG TABLETS
- APO-RABEPRAZOLE - 10 AND 20 MG TABLETS
- APO-TETRABENAZINE - 25 MG TABLETS
- ASMANEX TWISTHALER - 200 AND 400 MCG
INHALER
- BISOPROLOL (SIVEM) - 5 AND 10 MG
TABLETS
- CANDESARTAN (ACCORD) - 4, 8, 16 AND 32
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 196/2013
Date d'enregistrement : le 18 décembre 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 23 janvier 2014

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

- AJ-VANCOMYCIN - 500 MG ET 1 G. INJECTION
- AMLODIPINE (SIVEM) - 5 ET 10 MG,
COMPRIMÉS
- AMOXICILLIN (SIVEM) - 250 ET 500 MG,
CAPSULES ET 250 MG/5 ML, SUSPENSION
ORALE
- APO-LORAZEPAM - 0.5, 1 ET 2 MG,
COMPRIMÉS SUBLINGUAUX
- APO-OMEPRAZOLE - 20 MG, CAPSULES
- APO-QUINAPRIL/HCTZ - 10/12,5 MG, 20/12,5
MG ET 20/25 MG, COMPRIMÉS
- APO-RABEPRAZOLE - 10 ET 20 MG,
COMPRIMÉS
- APO-TETRABENAZINE - 25 MG, COMPRIMÉS
- ASMANEX TWISTHALER - 200 ET 400 MCG,
INHALATEUR
- BISOPROLOL (SIVEM) - 5 ET 10 MG,
COMPRIMÉS
- CANDESARTAN (ACCORD) - 4, 8, 16 ET 32 MG,
COMPRIMÉS

- CLOPIDOGREL (SIVEM) – 75 MG TABLETS
- FLUOXETINE (SIVEM) – 20 AND 40 MG CAPSULES
- GABAPENTIN (ACCORD) – 600 AND 800 MG TABLETS
- GABAPENTIN (SIVEM) – 600 MG TABLETS
- GD-LATANOPROST/TIMOLOL – 50 MCG/5 MG/ML OPHTHALMIC SOLUTION
- JAMP-LOSARTAN HCTZ – 50/12.5 AND 100/25 MG TABLETS
- LOSARTAN (SANIS) – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- LOSEC – 20 MG TABLETS AND CAPSULES
- MAR-ANASTROZOLE – 1 MG TABLETS
- MAR-ATENOLOL – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- MAR-CITALOPRAM – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- MAR-DOMERIDONE – 10 MG TABLETS
- MAR-FLUOXETINE – 10 AND 20 MG CAPSULES
- MAR-GABAPENTIN – 100, 300 AND 400 MG CAPSULES
- MAR-LETROZOLE – 2.5 MG TABLETS
- MAR-METFORMIN – 500 AND 850 MG TABLETS
- MAR-OLANZAPINE ODT – 5, 10 AND 15 MG TABLETS
- MAR-ONDANSETRON – 4 AND 8 MG TABLETS
- MAR-QUETIAPINE – 25, 100, 200 AND 300 MG TABLETS
- MAR-RISPERIDONE – 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- MAR-SERTRALINE – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- MAR-SIMVASTATIN – 5, 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- MAR-ZOPICLONE – 5 AND 7.5 MG TABLETS
- MINT-CLOPIDOGREL – 75 MG TABLETS
- MINT-ROSUVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- MIRVALA 21 AND MIRVALA 28 – 0.15 MG/0.03 MG TABLETS
- MYLAN-BUPROPION XL – 150 AND 300 MG TABLETS
- MYLAN-EFAVIRENZ – 600 MG TABLETS
- MYLAN-NITRO PATCH – 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR AND 0.8 MG/HR TRANSDERMAL PATCHES
- MYLAN-OMEPRAZOLE – 20 MG CAPSULES
- MYLAN-RABEPRAZOLE – 10 AND 20 MG TABLETS
- MYLAN-RISPERIDONE ODT – 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- CLOPIDOGREL (SIVEM) – 75 MG, COMPRIMÉS
- FLUOXETINE (SIVEM) – 20 ET 40 MG, CAPSULES
- GABAPENTIN (ACCORD) – 600 ET 800 MG, COMPRIMÉS
- GABAPENTIN (SIVEM) – 600 MG, COMPRIMÉS
- GD-LATANOPROST/TIMOLOL – 50 MCG/5 MG/ML, SOLUTION OPHTALMIQUE
- JAMP-LOSARTAN HCTZ – 50/12,5 ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- LOSARTAN (SANIS) – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- LOSEC – 20 MG, COMPRIMÉS ET CAPSULES
- MAR-ANASTROZOLE – 1 MG, COMPRIMÉS
- MAR-ATENOLOL – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- MAR-CITALOPRAM – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- MAR-DOMERIDONE – 10 MG, COMPRIMÉS
- MAR-FLUOXETINE – 10 ET 20 MG, CAPSULES
- MAR-GABAPENTIN – 100, 300 ET 400 MG, CAPSULES
- MAR-LETROZOLE – 2,5 MG, COMPRIMÉS
- MAR-METFORMIN – 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS
- MAR-OLANZAPINE ODT – 5, 10 ET 15 MG, COMPRIMÉS
- MAR-ONDANSETRON – 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- MAR-QUETIAPINE – 25, 100, 200 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- MAR-RISPERIDONE – 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- MAR-SERTRALINE – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- MAR-SIMVASTATIN – 5, 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- MAR-ZOPICLONE – 5 ET 7,5 MG, COMPRIMÉS
- MINT-CLOPIDOGREL – 75 MG, COMPRIMÉS
- MINT-ROSUVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- MIRVALA 21 ET MIRVALA 28 – 0,15 MG/0,03 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-BUPROPION XL – 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-EFAVIRENZ – 600 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-NITRO PATCH – 0,2 MG/HR, 0,4 MG/HR, 0,6 MG/HR ET 0,8 MG/HR, TIMBRES TRANSDERMIQUES
- MYLAN-OMEPRAZOLE – 20 MG, CAPSULES
- MYLAN-RABEPRAZOLE – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-RISPERIDONE ODT – 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS

- NEXT CHOICE (COBALT) – 0.75 MG TABLETS TO A MAXIMUM OF 3 TREATMENTS (6 TABLETS) PER BENEFIT YEAR
- NOVO-OMEPRAZOLE – 20 MG TABLETS
- NOVO-PERIDOL – 0.5, 1, 2, 10 AND 20 MG TABLETS
- NOVO-VALACYCLOVIR – 500 MG TABLETS
- NOVORAPID FLEXTOUCH – 100 U/ML INJECTION
- OMEPRAZOLE (SANIS) – 20 MG CAPSULES
- PARIET – 10 AND 20 MG TABLETS
- PAT-RABEPRAZOLE – 10 AND 20 MG TABLETS
- PMS-ANASTROZOLE – 1 MG TABLETS
- PMS-CANDESARTAN – 4, 8, 16 AND 32 MG TABLETS
- PMS-CLOPIDOGREL – 75 MG TABLETS
- PMS-LOSARTAN-HCTZ – 50/12.5 MG, 100/12.5 MG AND 100/25 MG TABLETS
- PMS-NEVIRAPINE – 200 MG TABLETS
- PMS-OMEPRAZOLE – 20 MG CAPSULES
- PMS-OMEPRAZOLE DR – 20 MG TABLETS
- PMS-RABEPRAZOLE EC – 10 AND 20 MG TABLETS
- PMS-ROSUVASTATIN – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- PMS-TELMISARTAN – 40 AND 80 MG TABLETS
- PMS-TELMISARTAN HCTZ – 80/12.5 MG AND 80/25 MG TABLETS
- PMS-TESTOSTERONE – 40 MG CAPSULES
- PMS-VALSARTAN – 40, 80, 160 AND 320 MG TABLETS
- PRAVASTATIN (SIVEM) – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- QUETIAPINE (ACCORD) – 25, 100, 200 AND 300 MG TABLETS
- QUETIAPINE (SIVEM) – 25, 100, 200 AND 300 MG TABLETS
- RABEPRAZOLE (RANBAXY) – 10 AND 20 MG TABLETS
- RANITIDINE (SIVEM) – 150 AND 300 MG TABLETS
- RAN-IRBESARTAN – 75, 150 AND 300 MG TABLETS
- RAN-OMEPRAZOLE – 20 MG TABLETS AND CAPSULES
- RAN-RABEPRAZOLE – 10 AND 20 MG TABLETS
- RATIO-FLUTICASONE – 50 MCG NASAL SPRAY
- ROSUVASTATIN (SANIS) – 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- NEXT CHOICE (COBALT) – 0,75 MG, COMPRIMÉS MAXIMUM DE 3 TRAITEMENTS (6 COMPRIMÉS) PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- NOVO-OMEPRAZOLE – 20 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-PERIDOL – 0,5, 1, 2, 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-VALACYCLOVIR – 500 MG, COMPRIMÉS
- NOVORAPID FLEXTOUCH – 100 U/ML, INJECTION
- OMEPRAZOLE (SANIS) – 20 MG, CAPSULES
- PARIET – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- PAT-RABEPRAZOLE – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- PMS-ANASTROZOLE – 1 MG, COMPRIMÉS
- PMS-CANDESARTAN – 4, 8, 16 ET 32 MG, COMPRIMÉS
- PMS-CLOPIDOGREL – 75 MG, COMPRIMÉS
- PMS-LOSARTAN-HCTZ – 50/12,5 MG, 100/12,5 MG ET 100/25 MG, COMPRIMÉS
- PMS-NEVIRAPINE – 200 MG, COMPRIMÉS
- PMS-OMEPRAZOLE – 20 MG, CAPSULES
- PMS-OMEPRAZOLE DR – 20 MG, COMPRIMÉS
- PMS-RABEPRAZOLE EC – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- PMS-ROSUVASTATIN – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- PMS-TELMISARTAN – 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- PMS-TELMISARTAN HCTZ – 80/12,5 MG ET 80/25 MG, COMPRIMÉS
- PMS-TESTOSTERONE – 40 MG, CAPSULES
- PMS-VALSARTAN – 40, 80, 160 ET 320 MG, COMPRIMÉS
- PRAVASTATIN (SIVEM) – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- QUETIAPINE (ACCORD) – 25, 100, 200 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- QUETIAPINE (SIVEM) – 25, 100, 200 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- RABEPRAZOLE (RANBAXY) – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- RANITIDINE (SIVEM) – 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- RAN-IRBESARTAN – 75, 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- RAN-OMEPRAZOLE – 20 MG, COMPRIMÉS ET CAPSULES
- RAN-RABEPRAZOLE – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-FLUTICASONE – 50 MCG, VAPORISATEUR NASAL
- ROSUVASTATIN (SANIS) – 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS

- SANDOZ OMEPRAZOLE – 20 MG CAPSULES
- SANDOZ RABEPRAZOLE – 10 AND 20 MG TABLETS
- SEPTA-ATENOLOL – 50 AND 100 MG TABLETS
- SEPTA-CITALOPRAM – 20 AND 40 MG TABLETS
- SEPTA-METFORMIN – 500 AND 850 MG TABLETS
- SIMVASTATIN (SIVEM) – 5, 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- SOMATULINE AUTOGEL – 60 MG/0.3 ML, 90 MG/0.3 ML AND 120 MG/0.5 ML INJECTION
- TELMISARTAN (SANIS) – 40 AND 80 MG TABLETS
- TETRABENAZINE (STERIMAX) – 25 MG TABLETS
- TEVA-CAPECITABINE – 150 AND 500 MG TABLETS
- TEVA-EFAVINREZ – 600 MG TABLETS
- TEVA-RABEPRAZOLE EC – 10 AND 20 MG TABLETS
- VALSARTAN HCT (SANIS) – 80/12.5, 160/12.5, 160/25, 320/12.5 AND 320/25 MG TABLETS
- VENLAFAXINE XR (SIVEM) – 37.5, 75 AND 150 MG CAPSULES
- ZAMINE 21 AND ZAMINE 28 – 3 MG/0.03 MG TABLETS
- ZENHALE – 5/50 MCG, 5/100 MCG AND 5/200 MCG METERED DOSE INHALER

- SANDOZ OMEPRAZOLE – 20 MG, CAPSULES
- SANDOZ RABEPRAZOLE – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- SEPTA-ATENOLOL – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- SEPTA-CITALOPRAM – 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- SEPTA-METFORMIN – 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS
- SIMVASTATIN (SIVEM) – 5, 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- SOMATULINE AUTOGEL – 60 MG/0.3 ML, 90 MG/0.3 ML ET 120 MG/0.5 ML, INJECTION
- TELMISARTAN (SANIS) – 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- TETRABENAZINE (STERIMAX) – 25 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-CAPECITABINE – 150 ET 500 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-EFAVINREZ – 600 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-RABEPRAZOLE EC – 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- VALSARTAN HCT (SANIS) – 80/12,5, 160/12,5, 160/25, 320/12,5 ET 320/25 MG, COMPRIMÉS
- VENLAFAXINE XR (SIVEM) – 37,5, 75 ET 150 MG, CAPSULES
- ZAMINE 21 ET ZAMINE 28 – 3 MG/0,03 MG, COMPRIMÉS
- ZENHALE – 5/50 MCG, 5/100 MCG ET 5/200 MCG, AÉROSOL DOSEUR

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

- APO-IPRAVENT – 250 MCG/ML INHALATION SOLUTION STERILES
- APO-SALVENT STERILES
- DIMETHYL SULFOXIDE – 500 MG/G INJECTION
- GARAMYCIN CREAM AND OINTMENT
- GARAMYCIN OPHTHALMIC OINTMENT, OPHTHALMIC DROPS AND OTIC DROPS
- GD-MIRTAZAPINE OD
- GD-TERBINAFINE
- GD-TOPIRAMATE
- NOVO-NADOLOL
- RENEDIL – 2.5 AND 5 MG TABLETS

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

- APO-IPRAVENT – 250 MCG/ML, STERILES, SOLUTION PAR INHALATION
- APO-SALVENT, STERILES
- DIMÉTHYLSULFOXYDE – 500 MG/G, INJECTION
- GARAMYCIN, CRÈME ET POMMADE
- GARAMYCIN, POMMADE OPHTALMIQUE, GOUTTES OPHTALMIQUES ET OTIQUES
- GD-MIRTAZAPINE OD
- GD-TERBINAFINE
- GD-TOPIRAMATE
- NOVO-NADOLOL
- RENEDIL – 2,5 ET 5 MG, COMPRIMÉS

3(3) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug APO-DOXEPIN by adding "- 10, 25, 50, 75 AND 100 MG TABLETS" after "APO-DOXEPIN".

3(4) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug APO-IPRAVENT by striking out "0.03% AND".

3(5) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug DUOTRAV by adding "PQ" after "DUOTRAV".

3(6) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug HEPARIN LEO by striking out "LEO".

3(7) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug JAMP-ZOPICLONE by adding "5 AND" before "7.5 MG TABLETS".

3(8) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug SANDOZ GENTAMICIN by striking out "OPHTHALMIC AND".

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

- CO DICLO-MISO - 50 mg/200 mcg and 75 mg/200 mcg Tablets - For patients receiving long-term diclofenac sodium enteric coated tablets who require the addition of misoprostol.
- FINASTERIDE (ACCORD) - 5 mg Tablets - For the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia.
- JAMP-VANCOMYCIN - 125 AND 250 mg Capsules - For treatment of pseudomembranous colitis unresponsive to metronidazole.

3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert APO-DOXEPIN, par adjonction de « - 10, 25, 50, 75 ET 100 MG, COMPRIMÉS », après « APO-DOXEPIN ».

3(4) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert APO-IPRAVENT, par suppression de « 0,03 ET ».

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

3(6) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert HÉPARINE LEO, par suppression de « LEO ».

3(7) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert JAMP-ZOPICLONE, par adjonction de « 5 ET » avant « 7,5 MG, COMPRIMÉS ».

3(8) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert SANDOZ GENTAMICIN, par suppression de « OPHTHALMIQUE ET ».

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

- CO DICLO-MISO - comprimés, 50 mg/200 mcg et 75 mg/200 mcg - pour les malades qui doivent prendre à long terme des comprimés de diclofénac sodique à enrobage entérosoluble et qui ont également besoin de misoprostol.
- FINASTERIDE (ACCORD) - comprimés, 5 mg - pour le traitement de l'hyperplasie bénigne symptomatique.
- JAMP-VANCOMYCIN - capsules, 125 et 250 mg - pour le traitement d'une colite pseudo-membraneuse sur laquelle le métronidazole n'agit pas.

- MAR-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 resistant gonococcal infections;
 - (d) Treatment of infections in persons allergic to alternative agents (eg. penicillins, cephalosporins and sulfonamides).
- MAR-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.
- MONTELUKAST (SANIS) – 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.
- MAR-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).
- MAR-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.
- MONTELUKAST (SANIS) – 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.

- MONTELUKAST (SIVEM) – 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.

- PMS-FENTANYL MTX – 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.

- PMS-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.

- PMS-RIZATRIPTAN RDT – 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.

- MONTELUKAST (SIVEM) – 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.

- PMS-FENTANYL MTX – 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.

- PMS-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.

- PMS-RIZATRIPTAN RDT – 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.

- SEPTA-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 resistant gonococcal infections;

(d) Treatment of infections in persons allergic to alternative agents (eg. penicillins, cephalosporins and sulfonamides).

- TEVA-CLARITHROMYCIN – 250 and 500 mg Tablets – 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;

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

(d) with pneumonia;

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

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

- NUTROPIN – 5 mg and 10 mg/vial injection

- SEPTA-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).

- TEVA-CLARITHROMYCIN – comprimés, 250 et 500 mg – 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) des ulcères causés par l'hélicobacter 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.

4(2) La partie 2 de l'annexe A est modifiée par suppression du médicament couvert suivant :

- NUTROPIN – fiole de préparation injectable, 5 mg et 10 mg

4(3) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug NUTROPIN AQ NUSPIN by striking out "- 10 mg/2 mL Injection -" and substituting "- 5 mg/2 mL, 10 mg/2 mL and 20 mg/2 mL Injection -".

Coming into force

5 This regulation comes into force on January 23, 2014.

4(3) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert NUTROPIN AQ NUSPIN, par substitution, à « - injection, 10 mg/2 ml - », de « - injection, 5 mg/2 ml, 10 mg/2 ml et 20 mg/2 ml - ».

Entrée en vigueur

5 Le présent règlement entre en vigueur le 23 janvier 2014.

December 18, 2013
18 décembre 2013

Minister of Health/La ministre de la Santé,

Erin Selby