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

Specified Drugs Regulation, amendment

Regulation 38/2015
Registered March 20, 2015

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 20, 2015]

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

- APO-DILTIAZ TZ
- APO-LISINOPRIL/HCTZ
- APO-SULIN
- CANDESARTAN (SANIS)
- NORVIR SEC
- NOVO-FLUVOXAMINE
- PMS-ISONIAZID TABLETS AND SYRUP
- PMS-VERAPAMIL SR
- RATIO-LEVOBUNOLOL
- SANDOZ PAROXETINE
- TEVA-IRBESARTAN

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 38/2015
Date d'enregistrement : le 20 mars 2015

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 20 avril 2015]

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

- APO-DILTIAZ TZ
- APO-LISINOPRIL/HCTZ
- APO-SULIN
- CANDESARTAN (SANIS)
- NORVIR SEC
- NOVO-FLUVOXAMINE
- PMS-ISONIAZID, COMPRIMÉS ET SIROP
- PMS-VERAPAMIL SR
- RATIO-LEVOBUNOLOL
- SANDOZ PAROXETINE
- TEVA-IRBESARTAN

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

- ACH-CAPECITABINE - 150 AND 500 MG TABLETS
- APO-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- APO-GLICLAZIDE MR - 30 MG TABLETS
- AURO-EFAVIRENZ - 600 MG TABLETS
- CANDESARTAN (SANIS) - 4, 8,16 AND 32 MG TABLETS
- CO ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- COMBIVENT RESPIMAT
- MAR-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- MED-LATANOPROST - 50 MCG/ML
- MINT-IRBESARTAN - 75, 150 AND 300 MG TABLETS
- MONTMÉD MONTKIDDY PEN NEEDLES - 32 G
- MYLAN-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- NAT-ANASTROZOLE - 1 MG TABLETS
- NAT-LETROZOLE - 2.5 MG TABLETS
- PDP-ISONIAZID - 100 AND 300 MG TABLETS AND 50 MG/ML SOLUTION
- PEDIAPHARM NAPROXEN SUSPENSION - 25 MG/ML
- PHARMA-K20 - 1500 MG TABLETS
- PMS-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- RAN-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- SANDOZ ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- SANDOZ PAROXETINE - 10, 20 AND 30 MG TABLETS
- TAMSULOSIN CR (SIVEM) - 0.4 MG TABLETS
- TEVA-AMITRIPTYLINE - 10, 25 AND 50 MG TABLETS
- TEVA-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- TEVA-VALGANCYCLOVIR - 450 MG TABLETS
- THYROID - 30, 60, 125 MG TABLETS
- ULTILET CLASSIC LANCETS

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

- ACH-CAPECITABINE - 150 ET 500 MG, COMPRIMÉS
- APO-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- APO-GLICLAZIDE MR - 30 MG, COMPRIMÉS
- AURO-EFAVIRENZ - 600 MG, COMPRIMÉS
- CANDESARTAN (SANIS) - 4, 8, 16 ET 32 MG, COMPRIMÉS
- CO ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- COMBIVENT RESPIMAT
- MAR-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- MED-LATANOPROST - 50 MCG/ML
- MINT-IRBESARTAN - 75, 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- MONTMÉD MONTKIDDY, AIGUILLES POUR STYLO - CALIBRE 32
- MYLAN-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- NAT-ANASTROZOLE - 1 MG, COMPRIMÉS
- NAT-LETROZOLE - 2.5 MG, COMPRIMÉS
- PDP-ISONIAZID - 100 ET 300 MG, COMPRIMÉS ET 50 MG/ML, SOLUTION
- PEDIAPHARM NAPROXEN, SUSPENSION - 25 MG/ML
- PHARMA-K20 - 1 500 MG, COMPRIMÉS
- PMS-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- RAN-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ PAROXETINE - 10, 20 ET 30 MG, COMPRIMÉS
- TAMSULOSIN CR (SIVEM) - 0,4 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-AMITRIPTYLINE - 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- TEVA-VALGANCYCLOVIR - 450 MG, COMPRIMÉS
- THYROID - 30, 60, ET 125 MG, COMPRIMÉS
- ULTILET CLASSIC, LANCETTES

3(3) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug ABBOTT-RABEPRAZOLE by adding "10 AND" before "20 MG".

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

- NOVO-TICLOPIDINE

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

- ACT-CLARITHROMYCIN XL – 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 intracellular; and

(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.

- AURO-CEFIXIME – 400 mg Tablets –

(a) Step-down care following hospital separation in patients treated with intravenous cephalosporins;

(b) Treatment of patients with infections not responding to alternative antibiotics (eg. amoxicillin);

(c) Treatment of infections caused by organisms known to be resistant to alternative antibiotics (eg. amoxicillin);

3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert ABBOTT-RABEPRAZOLE, par adjonction, avant « 20 MG », de « 10 et ».

4(1) La partie 2 de l'annexe A est modifiée par suppression du médicament couvert suivant :

- NOVO-TICLOPIDINE

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

- ACT CLARITHROMYCIN XL –
comprimés, 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 intracellulaire;

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.

- AURO-CEFIXIME – comprimés, 400 mg –

a) deuxième étape de soins à la sortie de l'hôpital chez les malades auxquels de la céphalosporine a été administrée par voie intraveineuse;

b) traitement des malades ayant des infections sur lesquelles les antibiotiques de relais n'agissent pas (p. ex. amoxicilline);

c) traitement des infections causées par des germes résistants aux antibiotiques de relais (p. ex. amoxicilline);

(d) Treatment of patients known to be allergic or unresponsive to alternative antibiotics (eg. penicillin or sulfonamides).

- DUTASTERIDE (SIVEM) – 0.5 mg Capsules – For the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia.
- JAMP-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.

4(3) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug LEVAQUIN by striking out "250 and".

Coming into force

5 This regulation comes into force on April 20, 2015.

March 19, 2015
19 mars 2015

Minister of Health/La ministre de la Santé,

Sharon Blady

d) traitement des malades qui ne réagissent pas ou qui sont allergiques aux antibiotiques de relais (p. ex. pénicillines et sulfonamides).

- DUTASTERIDE (SIVEM) – capsules, 0,5 mg – pour le traitement de l'hyperplasie bénigne symptomatique.
- JAMP - 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.

4(3) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert LEVAQUIN, par suppression de « 250 et ».

Entrée en vigueur

5 Le présent règlement entre en vigueur le 20 avril 2015.