

---

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

**Specified Drugs Regulation, amendment**

---

Regulation 62/2016  
Registered March 17, 2016

**Manitoba Regulation 6/95 amended**

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

**2** In the part of Schedule A before Part 1, "[*Effective April 1, 2016*]" is struck out and "[*Effective April 18, 2016*]" is substituted.

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

- ACT BETAHISTINE - 16 AND 24 MG TABLETS
- ANTISTATIC COMPACT SPACE CHAMBER PLUS
- AURO-ALFUZOSIN - 10 MG TABLETS
- AURO-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- AURO-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE - 150/300 MG TABLETS
- AURO-PANTOPRAZOLE - 40 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 62/2016  
Date d'enregistrement : le 17 mars 2016

**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 modifié par substitution, à « [*Entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2016*] », de « [*Entre en vigueur le 18 avril 2016*] ».

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

- ACT BETAHISTINE - 16 ET 24 MG, COMPRIMÉS
- COMPACT SPACE CHAMBER PLUS, ANTISTATIQUE
- AURO-ALFUZOSIN - 10 MG, COMPRIMÉS
- AURO-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- AURO-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE - 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- AURO-PANTOPRAZOLE - 40 MG, COMPRIMÉS

- BIO-FLUOXETINE – 10 AND 20 MG CAPSULES
- BIO-LOSARTAN – 25, 50 AND 100 MG TABLETS
- BIO-QUETIAPINE – 25, 100, 200 AND 300 MG TABLETS
- CALCITRIOL INJECTION USP (STERIMAX) – 1 MCG/ML AND 2 MCG/ML INJECTION
- DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS – TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- DARIO LANCETS
- HUMALOG – 200 IU INJECTION
- INDAPAMIDE (SANIS) – 1.25 AND 2.5 MG TABLETS
- INSPIRACHAMBER
- JAMP-TIMOLOL – 5 MG/ML OPHTHALMIC SOLUTION
- MINT-DORZOLOMIDE/TIMOLOL – 20 MG/5 MG/ML OPHTHALMIC SOLUTION
- PMS-BETAHISTINE – 16 AND 24 MG TABLETS
- PMS-DORZOLOMIDE/TIMOLOL – 20 MG/5 MG/ML OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ ONDANSETRON ODT – 4 AND 8 MG TABLETS
- SERC – 16 AND 24 MG TABLETS
- SURECOMFORT – 29G, 30G, 31G AND 32G PEN NEEDLES
- SURECOMFORT – 28G, 29G, 30G AND 31G SYRINGES
- TEVA-BETAHISTINE – 16 AND 24 MG TABLETS

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

- ABBOTT-PANTOPRAZOLE
- ABBOTT-RABEPRAZOLE
- ABBOTT-TOPIRAMATE
- CITALOPRAM-ODAN
- MEPERIDINE INJECTION
- MYLAN-ATORVASTATIN
- MYLAN-BICALUTAMIDE
- MYLAN-DOXAZOSIN
- MYLAN-GLYBE
- MYLAN-LISINOPRIL HCTZ
- MYLAN-TERAZOSIN
- MYLAN-TRAZODONE

- BIO-FLUOXETINE – 10 ET 20 MG, CAPSULES
- BIO-LOSARTAN – 25, 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- BIO-QUETIAPINE – 25, 100, 200 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- CALCITRIOL INJECTION USP (STERIMAX) – 1 MCG/ML ET 2 MCG/ML, INJECTION
- DARIO, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE – MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- DARIO, LANCETTES
- HUMALOG – 200 IU, INJECTION
- INDAPAMIDE (SANIS) – 1,25 ET 2,5 MG, COMPRIMÉS
- INSPIRACHAMBER
- JAMP-TIMOLOL – 5 MG/ML, SOLUTION OPHTHALMIQUE
- MINT-DORZOLOMIDE/TIMOLOL – 20 MG/5 MG/ML, SOLUTION OPHTHALMIQUE
- PMS-BETAHISTINE – 16 ET 24 MG, COMPRIMÉS
- PMS-DORZOLOMIDE/TIMOLOL – 20 MG/5 MG/ML, SOLUTION OPHTHALMIQUE
- SANDOZ ONDANSETRON ODT – 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- SERC – 16 ET 24 MG, COMPRIMÉS
- SURECOMFORT, AIGUILLES POUR STYLO – CALIBRE 29, 30, 31 ET 32
- SURECOMFORT, SERINGUES – CALIBRE 28, 29, 30 ET 31
- TEVA-BETAHISTINE – 16 ET 24 MG, COMPRIMÉS

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

- ABBOTT-PANTOPRAZOLE
- ABBOTT-RABEPRAZOLE
- ABBOTT-TOPIRAMATE
- CITALOPRAM-ODAN
- MÉPÉRIDINE, INJECTION
- MYLAN-ATORVASTATIN
- MYLAN-BICALUTAMIDE
- MYLAN-DOXAZOSIN
- MYLAN-GLYBE
- MYLAN-LOSARTAN HCTZ
- MYLAN-TERAZOSIN
- MYLAN-TRAZODONE

**3(3) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug CITALOPRAM (SANIS) by adding "10," after "CITALOPRAM (SANIS) -".**

**3(4) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug VYVANSE by adding "10," after "VYVANSE -".**

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

- AG-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.
- FINASTERIDE (SANIS) – 5 MG TABLETS – For the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia.
- FINASTERIDE (SIVEM) – 5 MG TABLETS – 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.
- RIZATRIPTAN ODT (SIVEM) – 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.

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

- OFLOXACIN (AA PHARMA)

**3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert CITALOPRAM (SANIS), par adjonction, après « CITALOPRAM (SANIS) – », de « 10, ».**

**3(4) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert VYVANSE, par adjonction, après « VYVANSE – », de « 10, ».**

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

- AG-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.
- FINASTERIDE (SANIS) – comprimés, 5 mg – pour le traitement de l'hyperplasie bénigne symptomatique.
- FINASTERIDE (SIVEM) – comprimés, 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.
- RIZATRIPTAN ODT (SIVEM) – 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.

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

- OFLOXACIN (AA PHARMA)

**4(3) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug AURO-MONTELUKAST by adding "4, 5 and" before "10 mg Tablets".**

**4(3) La partie 2 de l'annexe A est modifiée au médicament couvert AURO-MONTELUKAST, par adjonction, avant « 10 mg », de « 4, 5 et ».**

**Coming into force**

**5 This regulation comes into force on April 18, 2016.**

**Entrée en vigueur**

**5 Le présent règlement entre en vigueur le 18 avril 2016.**

March 15, 2016  
15 mars 2016

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

Sharon Blady