

---

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

**Specified Drugs Regulation, amendment**

---

Regulation 126/2017  
Registered September 19, 2017

**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 July 19, 2017" is struck out and "Effective October 19, 2017" is substituted.

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

- ACT OLMESARTAN - 20 AND 40 MG TABLETS
- ACT OLMESARTAN HCT - 20/12.5, 40/12.5 AND 40/25 MG TABLETS
- APO-DOXYLAMINE/B6 - 10/10 MG TABLETS
- APO-OLMESARTAN - 20 AND 40 MG TABLETS
- APO-OLMESARTAN HCTZ - 20/12.5, 40/12.5 AND 40/25 MG TABLETS
- APO-TRAVOPROST Z - 0.004% OPHTHALMIC SOLUTION

---

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 126/2017  
Date d'enregistrement : le 19 septembre 2017

**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 19 juillet 2017 », de « Entre en vigueur le 19 octobre 2017 ».

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

- ACT OLMESARTAN - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- ACT OLMESARTAN HCT - 20/12,5 MG, 40/12,5 MG ET 40/25 MG, COMPRIMÉS
- APO-DOXYLAMINE/B6 - 10/10 MG, COMPRIMÉS
- APO-OLMESARTAN - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- APO-OLMESARTAN HCTZ - 20/12,5, 40/12,5 ET 40/25 MG, COMPRIMÉS
- APO-TRAVOPROST Z - 0,004 %, SOLUTION OPHTHALMIQUE

- AURO-OLMESARTAN - 20 AND 40 MG TABLETS
- CYANOCOBALAMIN INJECTION USP (OMEGA) - 1MG/ML INJECTION
- DDAVP MELT - 60, 120 AND 240 MCG TABLETS
- JAMP-HYDRALAZINE - 10, 25 AND 50 MG TABLETS
- JAMP-OLMESARTAN - 20 AND 40 MG TABLETS
- MINT-INDOMETHACIN - 25 AND 50 MG CAPSULES
- MYLAN-ATAZANAVIR - 150, 200 AND 300 MG TABLETS
- MYLAN-DIVALPROEX - 125, 250 AND 500 MG TABLETS
- PMS-DOXYLAMINE-PYRIDOXINE - 10/10 MG TABLETS
- RAN-GLICLAZIDE MR - 60 MG TABLETS
- SANDOZ GLICLAZIDE MR - 30 AND 60 MG TABLETS
- SANDOZ OLMESARTAN - 20 AND 40 MG TABLETS
- EXTEMPORANEOUS COMPOUNDED PRESCRIPTIONS, IF THE MAIN THERAPEUTIC INGREDIENT IN THE PREPARATION IS LISTED IN THIS SCHEDULE, AND IS MIXED TOGETHER WITH OTHER INGREDIENTS IN ACCORDANCE WITH A PRESCRIPTION TO PROVIDE A CUSTOMIZED FORMULA WITHOUT DUPLICATING A COMMERCIALY-AVAILABLE PRODUCT. THIS DOES NOT INCLUDE RECONSTITUTING A DRUG WITH ONLY WATER.

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

- DDAVP MELT
- INDAPAMIDE (SANIS)
- MYLAN-METOPROLOL
- MYLAN-QUETIAPINE
- MYLAN-RAMIPRIL
- MYLAN-TELMISARTAN HCTZ
- MYLAN-VALSARTAN HCTZ
- EXTEMPORANEOUS COMPOUNDED PRESCRIPTIONS WHEN THEY CONTAIN ONE OR MORE SPECIFIED DRUGS LISTED IN THIS SECTION AND ARE NOT THE SAME AS OR SIMILAR TO THE FORMULATION OF A MANUFACTURED DRUG PRODUCT.

- AURO-OLMÉSARTAN - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- INJECTION DE CYANOCOBALAMINE USP (OMEGA) - 1MG/ML, INJECTION
- DDAVP MELT - 60, 120 ET 240 MCG, COMPRIMÉS
- JAMP-HYDRALAZINE - 10, 25 ET 50 MG, COMPRIMÉS
- JAMP-OLMESARTAN - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- MINT-INDOMETHACIN - 25 ET 50 MG, CAPSULES
- MYLAN-ATAZANAVIR - 150, 200 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-DIVALPROEX - 125, 250 ET 500 MG, COMPRIMÉS
- PMS-DOXYLAMINE-PYRIDOXINE - 10/10 MG, COMPRIMÉS
- RAN-GLICLAZIDE MR - 60 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ GLICLAZIDE MR - 30 ET 60 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ OLMESARTAN - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- LES ORDONNANCES COMPOSÉES PRÉPARÉES EXTEMPORANÉMENT, SI LE PRINCIPAL INGRÉDIENT THÉRAPEUTIQUE UTILISÉ LORS DE LA PRÉPARATION FIGURE À LA PRÉSENTE ANNEXE ET EST MÉLANGÉ AVEC D'AUTRES INGRÉDIENTS CONFORMÉMENT À UNE ORDONNANCE POUR FOURNIR UNE FORMULE PERSONNALISÉE SANS COPIER UN MÉDICAMENT COMMERCIAL, À L'EXCLUSION DE LA SIMPLE DILUTION DANS L'EAU D'UN MÉDICAMENT.

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

- DDAVP MELT
- INDAPAMIDE (SANIS)
- MYLAN-METOPROLOL
- MYLAN-QUETIAPINE
- MYLAN-RAMIPRIL
- MYLAN-TELMISARTAN HCTZ
- MYLAN-VALSARTAN HCTZ
- LES ORDONNANCES COMPOSÉES SUR PLACE LORSQU'ELLES CONTIENNENT UN OU PLUSIEURS DES MÉDICAMENTS COUVERTS ÉNUMÉRÉS DANS LA PRÉSENTE SECTION ET QUI NE SONT PAS IDENTIQUES OU SEMBLABLES À UN PRODUIT PHARMACEUTIQUE FABRIQUÉ SELON UNE FORMULE ÉTABLIE.

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

- MYLAN-LEVOFLOXACIN
- MYLAN-PRAMIPEXOLE

**Coming into force**

**5 This regulation comes into force on October 19, 2017.**

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

- MYLAN-LEVOFLOXACIN
- MYLAN-PRAMIPEXOLE

**Entrée en vigueur**

**5 Le présent règlement entre en vigueur le 19 octobre 2017.**

September 19, 2017  
19 septembre 2017

**Minister of Health, Seniors and Active Living/  
Le ministre de la Santé, des Aînés et de la Vie active,**

Kelvin Goertzen