

---

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

**Specified Drugs Regulation, amendment**

---

Regulation 166/2017  
Registered December 20, 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 October 19, 2017" is struck out and "Effective January 25, 2018" is substituted.

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

- ACT-PREGABALIN – 25, 50, 75, 150, AND 300 MG CAPSULES
- APO-DULOXETINE – 30 AND 60 MG CAPSULES
- APO-PHENYTOIN – 100 MG CAPSULES
- APO-PREGABALIN – 25, 50, 75, 150, AND 300 MG CAPSULES
- ATENOLOL (SANIS) – 50 AND 100 MG TABLETS
- AURO-DULOXETINE – 30 AND 60 MG CAPSULES
- AURO-FLECAINIDE – 50 AND 100 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 166/2017  
Date d'enregistrement : le 20 décembre 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 octobre 2017 », de « Entre en vigueur le 25 janvier 2018 ».

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

- ACT PRÉGABALINE – 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES
- APO-DULOXETINE – 30 ET 60 MG, CAPSULES
- APO-PHENYTOIN – 100 MG, CAPSULES
- APO-PREGABALIN – 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES
- ATENOLOL (SANIS) – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- AURO-DULOXETINE – 30 ET 60 MG, CAPSULES
- AURO-FLECAINIDE – 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- AURO-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150, AND 300 MG CAPSULES</li> <li>- CCP-CITALOPRAM - 20 AND 40 MG TABLETS</li> <li>- CCP-ONDANSETRON - 4 AND 8 MG TABLETS</li> <li>- CYMBALTA - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- DULOXETINE (SIVEM) - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- DULOXETINE DR - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- JAMP-DULOXETINE - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- JAMP-POTASSIUM CHLORIDE ER - 600 MG CAPSULES</li> <li>- LYRICA - 25, 50, 75, 150, 225 AND 300 MG CAPSULES</li> <li>- MAR-DULOXETINE - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- MINT-CLONIDINE - 0.1 AND 0.2 MG TABLETS</li> <li>- MINT-DULOXETINE - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- MINT-FENOFIBRATE - 145 MG TABLETS</li> <li>- MYLAN-DULOXETINE - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- MYLAN-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150, AND 300 MG CAPSULES</li> <li>- PDP-BENZTROPINE - 1 MG TABLETS</li> <li>- PMS-DULOXETINE - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- PMS-OLMESARTAN - 20 AND 40 MG TABLETS</li> <li>- PMS-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150, AND 300 MG CAPSULES</li> <li>- PREGABALIN (SANIS) - 25, 50, 75, 150, AND 300 MG CAPSULES</li> <li>- RAN-DULOXETINE - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- SANDOZ DULOXETINE - 30 AND 60 MG CAPSULES</li> <li>- SANDOZ PREGABALIN - 25, 50, 75, 150, AND 300 MG CAPSULES</li> <li>- SOMATULINE AUTOGEL - 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML AND 120 MG/0.5 ML INJECTION</li> <li>- TARO-CAPECITABINE - 150 AND 500 MG TABLETS</li> <li>- TEVA-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150, 225 AND 300 MG CAPSULES</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- AURO-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES</li> <li>- CCP-CITALOPRAM - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS</li> <li>- CCP-ONDANSETRON - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS</li> <li>- CYMBALTA - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- DULOXETINE (SIVEM) - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- DULOXETINE DR - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- JAMP-DULOXETINE - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- JAMP-POTASSIUM (CHLORURE DE) ER - 600 MG, CAPSULES</li> <li>- LYRICA - 25, 50, 75, 150, 225 ET 300 MG, CAPSULES</li> <li>- MAR-DULOXETINE - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- MINT-CLONIDINE - 0,1 ET 0,2 MG, COMPRIMÉS</li> <li>- MINT-DULOXETINE - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- MINT-FENOFIBRATE - 145 MG, COMPRIMÉS</li> <li>- MYLAN-DULOXETINE - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- MYLAN-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES</li> <li>- PDP-BENZTROPINE - 1 MG, COMPRIMÉS</li> <li>- PMS-DULOXETINE - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- PMS-OLMESARTAN - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS</li> <li>- PMS-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES</li> <li>- PREGABALIN (SANIS) - 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES</li> <li>- RAN-DULOXETINE - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- SANDOZ DULOXETINE - 30 ET 60 MG, CAPSULES</li> <li>- SANDOZ PREGABALIN - 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES</li> <li>- SOMATULINE AUTOGEL - 60 MG/0,2 ML, 90 MG/0,3 ML ET 120 MG/0,5 ML, INJECTION</li> <li>- TARO-CAPECITABINE - 150 ET 500 MG, COMPRIMÉS</li> <li>- TEVA-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150, 225 ET 300 MG, CAPSULES</li> </ul> |
|---|--|

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

- DIHYDROERGOTAMINE SANDOZ
- DIVALPROEX (SANIS)
- ETIDROCAL (SANIS)
- HALOPERIDOL INJECTION (SABEX)

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

- DIHYDROERGOTAMINE SANDOZ
- DIVALPROEX (SANIS)
- ETIDROCAL (SANIS)
- HALOPÉRIDOL, INJECTION (SABEX)

- HYDRALAZINE (AA PHARMA)
- INFUFER
- METROCREAM
- ORTHO 0.5/35
- ORTHO 1/35
- ORTHO 7/7/7
- SANDOZ BICALUTAMIDE
- SANDOZ CARBAMAZEPINE
- SANDOZ FLUOXETINE
- SANDOZ LEVOBUNOLOL
- SANDOZ PAROXETINE
- SANDOZ PRAVASTATIN
- SANDOZ SIMVASTATIN
- SANDOZ SOTALOL
- SANDOZ TAMSULOSIN
- SANDOZ TERBINAFINE
- SANDOZ TOPIRAMATE
- SODIUM AUROTHIOMALATE
- STIEVA-A FORTE

**3(3) Part 1 of Schedule A is amended by replacing the specified drug AMOXICILLIN (SANIS) – 125 MG/5 ML AND 250 MG/5 ML SUGAR FREE ORAL SUSPENSION with the following:**

- AMOXICILLIN (SANIS) – 250 MG/5 ML SUGAR FREE ORAL SUSPENSION

**3(4) Part 1 of Schedule A is amended by replacing the specified drug AMOXICILLIN (SANIS) – 250 AND 500 MG TABLETS, AND 125 MG/5 ML AND 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION with the following:**

- AMOXICILLIN (SANIS) – 250 AND 500 MG TABLETS, AND 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION

**3(5) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug APO-HYDRALAZINE by adding ", 25 AND 50" after "10".**

**3(6) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug EMO CORT 1% CREAM AND LOTION by striking out "AND LOTION".**

- HYDRALAZINE (AA PHARMA)
- INFUFER
- METROCREAM
- ORTHO 0,5/35
- ORTHO 1/35
- ORTHO 7/7/7
- SANDOZ BICALUTAMIDE
- SANDOZ CARBAMAZEPINE
- SANDOZ FLUOXETINE
- SANDOZ LEVOBUNOLOL
- SANDOZ PAROXETINE
- SANDOZ PRAVASTATIN
- SANDOZ SIMVASTATIN
- SANDOZ SOTALOL
- SANDOZ TAMSULOSIN
- SANDOZ TERBINAFINE
- SANDOZ TOPIRAMATE
- AUROTHIOMALATE DE SODIUM
- STIEVA-A FORTE

**3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée par substitution, au médicament couvert AMOXICILLIN (SANIS) – 125 MG/5 ML ET 250 MG/5 ML, SUSPENSION ORALE SANS SUCRE, de ce qui suit :**

- AMOXICILLIN (SANIS) – 250 MG/5 ML, SUSPENSION ORALE SANS SUCRE

**3(4) La partie 1 de l'annexe A est modifiée par substitution, au médicament couvert AMOXICILLIN (SANIS) – 250 ET 500 MG, COMPRIMÉS ET 125 MG/5 ML ET 250 MG/5 ML, SUSPENSION ORALE, de ce qui suit :**

- AMOXICILLIN (SANIS) – 250 ET 500 MG, COMPRIMÉS ET 250 MG/5 ML, SUSPENSION ORALE

**3(5) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert APO-HYDRALAZINE, par adjonction, après « 10 », de « , 25 ET 50 ».**

**3(6) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert EMO CORT 1 %, par suppression de « ET LOTION ».**

**3(7) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug EMO CORT – 2.5% CREAM AND LOTION by striking out "AND LOTION".**

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

– APO-ZOLMITRIPTAN RAPID – 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.

– BRILINTA – 90 mg Tablets – For the treatment of patients with:

(a) Failure on optimal clopidogrel and ASA therapy as defined by definite stent thrombosis, or recurrent STEMI, NSTEMI or UA after prior revascularization via percutaneous coronary intervention (PCI); or

(b) STEMI and undergoing revascularization via PCI; or

(c) NSTEMI, UA or high risk angiographic anatomy and undergoing revascularization via PCI.

Treatment must be initiated in-hospital and prescribed by a specialist with experience in managing acute coronary syndrome (ACS).

– EFFIENT – 10 mg Tablets – In combination with acetylsalicylic acid (ASA) for patients with:

(a) ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) undergoing primary percutaneous coronary intervention (PCI) who have not received antiplatelet therapy prior to arrival in the catheterization lab; or

**3(7) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert EMO CORT – 2,5 %, par suppression de « ET LOTION ».**

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

– APO-ZOLMITRIPTAN RAPID – 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.

– BRILINTA – comprimés, 90 mg – pour le traitement des malades :

a) dont le traitement optimal par le clopidogrel et l'AAS s'est traduit par un échec, c'est-à-dire par la thrombose certaine de l'endoprothèse, ou encore par la récurrence de l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI), de l'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI) ou de l'angine de poitrine instable (API), et ce, après avoir subi une revascularisation par une intervention coronarienne percutanée (ICP);

b) qui souffrent d'un STEMI et qui subissent une revascularisation par une ICP;

c) qui souffrent d'un NSTEMI ou d'une API ou qui présentent une anatomie à risque élevé selon l'angiographie et qui subissent une revascularisation par une ICP.

Le traitement doit être instauré à l'hôpital et prescrit par un spécialiste qui possède de l'expérience dans la gestion du syndrome coronarien aigu (SCA).

– EFFIENT – comprimés, 10 mg – administré en association avec l'acide acétylsalicylique (AAS), chez les malades :

a) présentant un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI) pris en charge par une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire qui n'ont pas reçu de traitement antiplaquettaire avant leur arrivée au laboratoire de cathétérisme;

(b) Acute coronary syndrome (CS) who have failed on optimal clopidogrel and ASA therapy as defined by definite stent thrombosis, or recurrent STEMI, or non ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) managed or unstable angina (UA) after prior revascularization via PCI.

Treatment must be initiated in-hospital and prescribed by a specialist with experience in managing acute coronary syndrome (ACS).

- MINT-ITRACONAZOLE – 100 mg Capsules – For the prophylaxis and treatment of:

(a) Onychomycosis, oropharyngeal and esophageal candidiasis in immunocompromised patients; and

(b) Systemic fungal infections other than oropharyngeal candidiasis.

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

- SANDOZ OFLOXACIN

**Coming into force**

**5 This regulation comes into force on January 25, 2018.**

December 18, 2017  
18 décembre 2017

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

Kelvin Goertzen

b) atteints d'un syndrome coronarien aigu (SCA) dont le traitement optimal par le clopidogrel et l'AAS s'est traduit par un échec, c'est-à-dire par la thrombose certaine de l'endoprothèse, ou encore par la récurrence de l'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI) ou de l'angine de poitrine instable (API) ou stable, et ce, après avoir subi une revascularisation par une ICP.

Le traitement doit être instauré à l'hôpital et prescrit par un spécialiste qui possède de l'expérience dans la gestion du syndrome coronarien aigu (SCA).

- MINT-ITRACONAZOLE – capsules, 100 mg – en guise de traitement prophylactique et pour le traitement :

a) des onychomycoses, des candidoses oropharyngées et oesophagiennes chez les malades immunodéprimés;

b) des infections fongiques systémiques autre que la candidose oropharyngée.

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

- SANDOZ OFLOXACIN

**Entrée en vigueur**

**5 Le présent règlement entre en vigueur le 25 janvier 2018.**