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

Specified Drugs Regulation, amendment

Regulation 34/2018
Registered March 20, 2018

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 January 25, 2018" is struck out and "Effective April 19, 2018" is substituted.

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

- ACH-ESCITALOPRAM - 10 AND 20 MG TABLETS
- ACT-BUPRENORPHINE/NALOXONE - 2 MG/0.5 MG AND 8 MG/2 MG TABLETS
- ACT CELECOXIB - 100 AND 200 MG CAPSULES
- ACT-METHYLPHENIDATE ER - 18, 27, 36 AND 54 MG TABLETS
- ACT SOLIFENACIN - 5 AND 10 MG TABLETS
- APO-CELECOXIB - 100 AND 200 MG CAPSULES

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 34/2018
Date d'enregistrement : le 20 mars 2018

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 25 janvier 2018 », de « Entre en vigueur le 19 avril 2018 ».

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

- ACH-ESCITALOPRAM - 10 ET 20 MG, COMPRIMÉS
- ACT BUPRENORPHINE/NALOXONE - 2 MG/0,5 MG ET 8 MG/2 MG, COMPRIMÉS
- ACT-CELECOXIB - 100 ET 200 MG, CAPSULES
- ACT-METHYLPHENIDATE ER - 18, 27, 36 ET 54 MG, COMPRIMÉS
- ACT SOLIFENACIN - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- APO-CELECOXIB - 100 ET 200 MG, CAPSULES

- APO-HYDROXYUREA – 500 MG CAPSULES
- APO-TOLTERODINE – 1 AND 2 MG TABLETS
- AURO-SOLIFENACIN – 5 AND 10 MG TABLETS

- BIO-CELECOXIB – 100 AND 200 MG CAPSULES
- CCP-ANASTROZOLE – 1 MG TABLETS
- CCP-LETROZOLE – 2.5 MG TABLETS
- CELEBREX – 100 AND 200 MG CAPSULES
- CELECOXIB (AURO) – 100 AND 200 MG CAPSULES
- CELECOXIB (SANIS) – 100 AND 200 MG CAPSULES
- CELECOXIB (SIVEM) – 100 AND 200 MG CAPSULES
- DETROL – 1 AND 2 MG TABLETS
- DETROL LA – 2 AND 4 MG EXTENDED RELEASE CAPSULES
- DITROPAN XL – 5 AND 10 MG TABLETS
- ENALAPRIL MALEATE/HCTZ (AA PHARMA) – 5/12.5 AND 10/25 MG TABLETS
- GD-CELECOXIB – 100 AND 200 MG CAPSULES
- JAMP-CELECOXIB – 100 AND 200 MG CAPSULES
- JAMP-HYDROCORTISONE – 1% CREAM
- JAMP-RISPERIDONE – 1 MG/ML ORAL SOLUTION
- JAMP-SOLIFENACIN – 5 AND 10 MG TABLETS

- MAR-CELECOXIB – 100 AND 200 MG CAPSULES
- MED-SOLIFENACIN – 5 AND 10 MG TABLETS
- MINT-CELECOXIB – 100 AND 200 MG CAPSULES
- MINT-PREGABALIN – 25, 50, 75 AND 150 MG CAPSULES
- MINT-SOLIFENACIN – 5 AND 10 MG TABLETS

- MINT-TOLTERODINE – 1 AND 2 MG TABLETS

- MOCLOBEMIDE (AA PHARMA) – 100, 150 AND 300 MG TABLETS
- MYLAN-CELECOXIB – 100 AND 200 MG CAPSULES
- MYLAN-TOLTERODINE ER – 2 AND 4 MG EXTENDED RELEASE CAPSULES
- PDP-AMANTADINE – 10 MG/ML SYRUP
- PHARMA-SIMVASTATIN – 5, 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- PMS-CELECOXIB – 100 AND 200 MG CAPSULES
- PMS-SOLIFENACIN – 5 AND 10 MG TABLETS
- PREGABALIN (SIVEM) – 25, 50, 75, 150 AND 300 MG CAPSULES

- APO-HYDROXYUREA – 500 MG, CAPSULES
- APO-TOLTERODINE – 1 ET 2 MG, COMPRIMÉS
- AURO-SOLIFENACIN – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS

- BIO-CELECOXIB – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- CCP-ANASTROZOLE – 1 MG, COMPRIMÉS
- CCP-LETROZOLE – 2.5 MG, COMPRIMÉS
- CELEBREX – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- CELECOXIB (AURO) – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- CELECOXIB (SANIS) – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- CELECOXIB (SIVEM) – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- DETROL – 1 ET 2 MG, COMPRIMÉS
- DETROL LA – 2 ET 4 MG, CAPSULES À LIBÉRATION PROLONGÉE
- DITROPAN XL – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- ENALAPRIL MALEATE/HCTZ (AA PHARMA) – 5/12,5 ET 10/25 MG, COMPRIMÉS
- GD-CELECOXIB – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- JAMP-CELECOXIB – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- JAMP-HYDROCORTISONE – 1 %, CRÈME
- JAMP-RISPERIDONE – 1 MG/ML, SOLUTION ORALE
- JAMP-SOLIFENACIN – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- MAR-CELECOXIB – 100 ET 200 MG, CAPSULES

- MED-SOLIFENACIN – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- MINT-CELECOXIB – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- MINT-PREGABALIN – 25, 50, 75 ET 150 MG, CAPSULES
- MINT-SOLIFENACIN – 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- MINT-TOLTERODINE – 1 ET 2 MG, COMPRIMÉS
- MOCLOBEMIDE (AA PHARMA) – 100, 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- MYLAN-CELECOXIB – 100 ET 200 MG, CAPSULES
- MYLAN-TOLTERODINE ER – 2 ET 4 MG, CAPSULES À LIBÉRATION PROLONGÉE
- PDP-AMANTADINE – 10 MG/ML, SIROP
- PHARMA-SIMVASTATIN – 5, 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- PMS-CELECOXIB – 100 ET 200 MG, CAPSULES

- PMS-SOLIFENACIN – 5 ET 10 MG, CAPSULES
- PREGABALIN (SIVEM) – 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES

- | | |
|--|--|
| - RAN-CELECOXIB - 100 AND 200 MG CAPSULES | - RAN-CELECOXIB - 100 ET 200 MG, CAPSULES |
| - RAN-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150 AND 300 MG CAPSULES | - RAN-PREGABALIN - 25, 50, 75, 150 ET 300 MG, CAPSULES |
| - RAN-SOLIFENACIN - 5 AND 10 MG TABLETS | - RAN-SOLIFENACIN - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS |
| - SANDOZ CELECOXIB - 100 AND 200 MG CAPSULES | - SANDOZ CELECOXIB - 100 ET 200 MG, CAPSULES |
| - SANDOZ-SOLIFENACIN - 5 AND 10 MG TABLETS | - SANDOZ-SOLIFENACIN - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS |
| - SANDOZ TOLTERODINE LA - 2 AND 4 MG EXTENDED RELEASE CAPSULES | - SANDOZ TOLTERODINE LA - 2 ET 4 MG, CAPSULES À LIBÉRATION PROLONGÉE |
| - SDZ CELECOXIB - 100 AND 200 MG CAPSULES | - SDZ CELECOXIB - 100 ET 200 MG, CAPSULES |
| - SERTRALINE (JAMP) - 25, 50 AND 100 MG CAPSULES | - SERTRALINE (JAMP) - 25, 50 ET 100 MG, CAPSULES |
| - SOLIFENACIN (MDA) - 5 AND 10 MG TABLETS | - SOLIFENACIN (MDA) - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS |
| - SOLIFENACIN (SANIS) - 5 AND 10 MG TABLETS | - SOLIFENACIN (SANIS) - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS |
| - TEVA-ATORVASTATIN - 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS | - TEVA-ATORVASTATIN - 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS |
| - TEVA-CELECOXIB - 100 AND 200 MG CAPSULES | - TEVA-CELECOXIB - 100 ET 200 MG, CAPSULES |
| - TEVA-SOLIFENACIN - 5 AND 10 MG TABLETS | - TEVA-SOLIFENACIN - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS |
| - TEVA-TOLTERODINE - 1 AND 2 MG TABLETS | - TEVA-TOLTERODINE - 1 ET 2 MG, COMPRIMÉS |
| - TEVA-TOLTERODINE LA - 2 AND 4 MG EXTENDED RELEASE CAPSULES | - TEVA-TOLTERODINE LA - 2 ET 4 MG, CAPSULES À LIBÉRATION PROLONGÉE |
| - TOVIAZ - 4 AND 8 MG TABLETS | - TOVIAZ - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS |
| - VESICARE - 5 AND 10 MG TABLETS | - VESICARE - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS |

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

- ACT ATORVASTATIN
- APO-ENALAPRIL/HCTZ
- APO-MOCLOBEMIDE
- APO-PERINDOPRIL
- GD-ATORVASTATIN
- METHYLPREDNISOLONE ACETATE
- NOVO-ATORVASTATIN

3(3) Part 1 of Schedule A is amended in the specified drug PMS-AMANTADINE by adding "- 100 MG CAPSULES" after "PMS-AMANTADINE".

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

- ACT ATORVASTATIN
- APO-ENALAPRIL/HCTZ
- APO-MOCLOBÉMIDE
- APO-PERINDOPRIL
- GD-ATORVASTATIN
- METHYLPREDNISOLONE ACETATE
- NOVO-ATORVASTATIN

3(3) La partie 1 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert PMS-AMANTADINE, par adjonction, après « PMS-AMANTADINE », de « - 100 MG, CAPSULES ».

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

- APO-EMTRICITABINE/TENOFOVIR – 200 mg/300 mg Tablets – For patients requiring post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent infection subsequent to exposure to human blood and body fluids that may transmit human immunodeficiency virus (HIV), up to a maximum of 28 days.
- ISENTRESS – 400 mg Tablets – For patients requiring post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent infection subsequent to exposure to human blood and body fluids that may transmit human immunodeficiency virus (HIV), up to a maximum of 28 days.
- JAMP-RIZATRIPTAN ODT – 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.
- MYLAN-EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL – 200 mg/300 mg Tablets – For patients requiring post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent infection subsequent to exposure to human blood and body fluids that may transmit human immunodeficiency virus (HIV), up to a maximum of 28 days.
- SANDOZ MOXIFLOXACIN – 400 mg Tablets –
 - (a) Step-down care following hospital separation in patients treated with parenteral antibiotics;
 - (b) Treatment of resistant gram-positive or gram-negative infections;
 - (c) Treatment of infections in persons allergic to alternative agents (eg. penicillins, cephalosporins and sulfonamides);

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

- A P O - E M T R I C I T A B I N E - TENOFOVIR – 200 mg/300 mg, comprimés – pour les personnes nécessitant une prophylaxie post-exposition (PPE) afin d'empêcher une infection à la suite d'une exposition au sang ou à d'autres liquides organiques humains qui pourraient transmettre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Traitement d'une durée maximale de 28 jours.
- ISENTRESS – 400 mg, comprimés – pour les personnes nécessitant une prophylaxie post-exposition (PPE) afin d'empêcher une infection à la suite d'une exposition au sang ou à d'autres liquides organiques humains qui pourraient transmettre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Traitement d'une durée maximale de 28 jours.
- JAMP-RIZATRIPTAN ODT – 5 et 10 mg, comprimés – pour le traitement des migraines AIGUËS lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.
- MYLAN-EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL – 200 mg/300 mg, comprimés – pour les personnes nécessitant une prophylaxie post-exposition (PPE) afin d'empêcher une infection à la suite d'une exposition au sang ou à d'autres liquides organiques humains qui pourraient transmettre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Traitement d'une durée maximale de 28 jours.
- SANDOZ MOXIFLOXACIN – 400 mg, comprimés –
 - 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 Gram positif résistantes ou Gram négatif résistantes;
 - c) traitement des infections chez les personnes allergiques aux agents de relais (p. ex. pénicillines, céphalosporines et sulfonamides);

(d) Treatment of infections in patients failing or likely to fail or intolerant of penicillins, cephalosporins and/or macrolides.

- TEVA-EMTRICITABINE/TENOFOVIR – 200 mg/300 mg Tablets – For patients requiring post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent infection subsequent to exposure to human blood and body fluids that may transmit human immunodeficiency virus (HIV), up to a maximum of 28 days.
- TRUVADA – 200 mg/300 mg Tablets – For patients requiring post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent infection subsequent to exposure to human blood and body fluids that may transmit human immunodeficiency virus (HIV), up to a maximum of 28 days.

4(2) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug APO-DESMOPRESSIN by striking out "APO-DESMOPRESSIN" and substituting "DESMOPRESSIN (AA PHARMA)".

4(3) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug APO-TICLOPIDINE by striking out "APO-TICLOPIDINE" and substituting "TICLOPIDINE (AA PHARMA)".

4(4) Part 2 of Schedule A is amended in the specified drug OMNITROPE (SANDOZ) by striking out "5 mg/1.5 mL and 10 mg/1.5 mL" and substituting "5 mg/1.5 mL, 10 mg/1.5 mL and 15 mg/1.5 mL".

d) traitement des infections chez les malades qui ne réagissent pas, sont susceptibles de ne pas réagir ou sont intolérants aux pénicillines, aux céphalosporines ou aux macrolides.

- TEVA-EMTRICITABINE/TENOFOVIR – 200 mg/300 mg, comprimés – pour les personnes nécessitant une prophylaxie post-exposition (PPE) afin d'empêcher une infection à la suite d'une exposition au sang ou à d'autres liquides organiques humains qui pourraient transmettre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Traitement d'une durée maximale de 28 jours.
- TRUVADA – 200 mg/300 mg, comprimés – pour les personnes nécessitant une prophylaxie post-exposition (PPE) afin d'empêcher une infection à la suite d'une exposition au sang ou à d'autres liquides organiques humains qui pourraient transmettre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Traitement d'une durée maximale de 28 jours.

4(2) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert APO-DESMOPRESSIN, par substitution, à « APO-DESMOPRESSIN », de « DESMOPRESSIN (AA PHARMA) ».

4(3) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert APO-TICLOPIDINE, par substitution, à « APO-TICLOPIDINE », de « TICLOPIDINE (AA PHARMA) ».

4(4) La partie 2 de l'annexe A est modifiée, au médicament couvert OMNITROPE (SANDOZ), par substitution, à « 5 mg et 10 mg/1,5 ml », de « 5 mg, 10 mg et 15 mg/1,5 ml".

Coming into force

**5 This regulation comes into force on
April 19, 2018.**

Entrée en vigueur

**5 Le présent règlement entre en vigueur
le 19 avril 2018.**

March 19, 2018
19 mars 2018

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

Kelvin Goertzen