

---

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

**Specified Drugs Regulation, amendment**

---

Regulation 158/2006  
Registered August 15, 2006

**Manitoba Regulation 6/95 amended**

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

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

- ACCU-CHEK AVIVA TEST STRIPS - TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- APO-FLECAINIDINE - 50 AND 100 MG TABLETS
- APO-MIDODRINE - 2.5 AND 5 MG TABLETS
- APO-RISPERIDONE - 1 MG/ML ORAL SOLUTION
- APO-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- CLARUS - 10 AND 40 MG TABLETS
- CO RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- GEN-DOMPERIDONE - 10 MG TABLETS
- GEN-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- GLUCOBAY - 50 AND 100 MG TABLETS
- ITEST TEST STRIPS - TO A MAXIMUM OF 4,000 PER BENEFIT YEAR
- MPD LANCETS
- NOVO-ONDANSETRON - 4 AND 8 MG TABLETS
- NOVO-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 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 158/2006  
Date d'enregistrement : le 15 août 2006

**Modification du R.M. 6/95**

**1** Le présent règlement modifie le *Règlement sur les médicaments couverts, R.M. 6/95*.

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

- ACCU-CHEK AVIVA, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE - MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- APO-FLECAINIDINE - 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- APO-MIDODRINE - 2,5 ET 5 MG, COMPRIMÉS
- APO-RISPERIDONE - 1 MG/ML, SOLUTION ORALE
- APO-RISPERIDONE - 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- CLARUS - 10 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- CO RISPERIDONE - 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- GEN-DOMPERIDONE - 10 MG, COMPRIMÉS
- GEN-RISPERIDONE - 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- GLUCOBAY - 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- ITEST, BÂTONNETS POUR ÉPREUVE DE GLYCÉMIE - MAXIMUM DE 4 000 PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- MPD, LANCETTES
- NOVO-ONDANSETRON - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- NOVO-RISPERIDONE - 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS

- PMS-CILAZAPRIL - 1, 2.5 AND 5 MG TABLETS
- PMS-ONDANSETRON - 4 AND 8 MG TABLETS
- PMS-RISPERIDONE - 1 MG/ML ORAL SOLUTION
- PMS-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- PMS-URSODIOL C - 250 AND 500 MG TABLETS
- RAN-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- RATIO-BICALUTAMIDE - 50 MG TABLETS
- RATIO-ONDANSETRON - 4 AND 8 MG TABLETS
- RATIO-RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- SANDOZ ACEBUTOLOL - 100, 200 AND 400 MG TABLETS
- SANDOZ AMIODARONE - 200 MG TABLETS
- SANDOZ ATENOLOL - 50 AND 100 MG TABLETS
- SANDOZ BETAXOLOL - 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ BISOPROLOL - 5 AND 10 MG TABLETS
- SANDOZ CITALOPRAM - 20 AND 40 MG TABLETS
- SANDOZ CLONAZEPAM - 0.5, 1 AND 2 MG TABLETS
- SANDOZ CORTIMYXIN OTIC SOLUTION
- SANDOZ DEXAMETHASONE - 0.1% OPHTHALMIC/OTIC SOLUTION
- SANDOZ DILTIAZEM CD - 120, 180, 240 AND 300 MG CAPSULES
- SANDOZ DILTIAZEM T - 120, 180, 240, 300 AND 360 MG CAPSULES
- SANDOZ FLUOXETINE - 10 AND 20 MG CAPSULES
- SANDOZ FLUVOXAMINE - 50 AND 100 MG TABLETS
- SANDOZ GENTAMICIN - 5 MG/ML OPHTHALMIC AND OTIC SOLUTIONS
- SANDOZ GENTAMICIN - 0.3% OPHTHALMIC OINTMENT
- SANDOZ GLICLAZIDE - 80 MG TABLETS
- SANDOZ GLYBURIDE - 2.5 AND 5 MG TABLETS
- SANDOZ LEVOBUNOLOL - 0.25 AND 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ LOVASTATIN - 20 AND 40 MG TABLETS
- SANDOZ METFORMIN FC - 500 AND 850 MG TABLETS
- PMS-CILAZAPRIL - 1, 2.5 ET 5 MG, COMPRIMÉS
- PMS-ONDANSETRON - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- PMS-RISPERIDONE - 1 MG/ML, SOLUTION ORALE
- PMS-RISPERIDONE - 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- PMS-URSODIOL C - 250 ET 500 MG, COMPRIMÉS
- RAN-RISPERIDONE - 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-BICALUTAMIDE - 50 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-ONDANSETRON - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- RATIO-RISPERIDONE - 0,25, 0,5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ ACEBUTOLOL - 100, 200 ET 400 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ AMIODARONE - 200 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ ATENOLOL - 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ BETAXOLOL - 0,5 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ BISOPROLOL - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ CITALOPRAM - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ CLONAZEPAM - 0,5, 1 ET 2 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ CORTIMYXIN, SOLUTION OTIQUE
- SANDOZ DEXAMETHASONE - 0,1 %, SOLUTION OPHTALMIQUE ET OTIQUE
- SANDOZ DILTIAZEM CD - 120, 180, 240 ET 300 MG, CAPSULES
- SANDOZ DILTIAZEM T - 120, 180, 240, 300 ET 360 MG, CAPSULES
- SANDOZ FLUOXETINE - 10 ET 20 MG, CAPSULES
- SANDOZ FLUVOXAMINE - 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ GENTAMICIN - 5 MG/ML, SOLUTION OPHTALMIQUE ET OTIQUE
- SANDOZ GENTAMICIN - 0,3 %, POMMADE OPHTALMIQUE
- SANDOZ GLICLAZIDE - 80 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ GLYBURIDE - 2,5 ET 5 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ LEVOBUNOLOL - 0,25 ET 0,5 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ LOVASTATIN - 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ METFORMIN FC - 500 ET 850 MG, COMPRIMÉS

- SANDOZ METOPROLOL (TYPE L) - 50 AND 100 MG TABLETS
- SANDOZ MIRTAZAPINE - 15 AND 30 MG TABLETS
- SANDOZ MIRTAZAPINE FC - 30 MG TABLETS
- SANDOZ NAPROXEN - 500 MG SUPPOSITORIES
- SANDOZ NITRAZEPAM - 5 AND 10 MG TABLETS
- SANDOZ ONDANSETRON - 4 AND 8 MG TABLETS
- SANDOZ OPTICORT - 5 MG/0.05 MG/0.5 MG/ML OTIC/OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ PAROXETINE - 20 AND 30 MG TABLETS
- SANDOZ PENTASONE - 3 MG/1 MG/ML OPHTHALMIC/OTIC SOLUTION
- SANDOZ PRAVASTATIN - 10, 20 AND 40 MG TABLETS
- SANDOZ PREDNISOLONE - 1% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ RANITIDINE - 150 AND 300 MG TABLETS
- SANDOZ RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 AND 4 MG TABLETS
- SANDOZ SALBUTAMOL - 5 MG/ML INHALATION SOLUTION TO A MAXIMUM OF 1,460 PER BENEFIT YEAR
- SANDOZ SERTRALINE - 25, 50 AND 100 MG CAPSULES
- SANDOZ SIMVASTATIN - 10, 20, 40 AND 80 MG TABLETS
- SANDOZ SOTALOL - 80 AND 160 MG TABLETS
- SANDOZ TIMOLOL - 0.25 AND 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ TOPIRAMATE - 25, 100 AND 200 MG TABLETS
- SANDOZ TRIFLURIDINE - 1% OPHTHALMIC SOLUTION
- SANDOZ VALPROIC - 250 MG CAPSULES
- SANDOZ VALPROIC FC - 500 MG ENTERIC COATED CAPSULES
- SANDOZ ZOPICLONE - 5 AND 7.5 MG TABLETS
- SANDOZ METOPROLOL (TYPE L) - 50 ET 100 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ MIRTAZAPINE - 15 ET 30 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ MIRTAZAPINE FC - 30 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ NAPROXEN - 500 MG, SUPPOSITOIRES
- SANDOZ NITRAZEPAM - 5 ET 10 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ ONDANSETRON - 4 ET 8 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ OPTICORT - 5 MG/0,05 MG/0,5 MG/ML, SOLUTION OPHTALMIQUE ET OTIQUE
- SANDOZ PAROXETINE - 20 ET 30 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ PENTASONE - 3 MG/1 MG/ML, SOLUTION OPHTALMIQUE ET OTIQUE
- SANDOZ PRAVASTATIN - 10, 20 ET 40 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ PREDNISOLONE - 1 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ RANITIDINE - 150 ET 300 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ RISPERIDONE - 0.25, 0.5, 1, 2, 3 ET 4 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ SALBUTAMOL - 5 MG/ML, SOLUTION POUR INHALATION, MAXIMUM DE 1 460 DOSES PAR ANNÉE D'INDEMNISATION
- SANDOZ SERTRALINE - 25, 50 ET 100 MG, CAPSULES
- SANDOZ SIMVASTATIN - 10, 20, 40 ET 80 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ SOTALOL - 80 ET 160 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ TIMOLOL - 0,25 ET 0,5 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ TOPIRAMATE - 25, 100 ET 200 MG, COMPRIMÉS
- SANDOZ TRIFLURIDINE - 1 %, SOLUTION OPHTALMIQUE
- SANDOZ VALPROIC - 250 MG, CAPSULES
- SANDOZ VALPROIC FC - 500 MG, CAPSULES À ENROBAGE ENTÉROSOLUBLE
- SANDOZ ZOPICLONE - 5 ET 7,5 MG, COMPRIMÉS

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

- DIAMOX SEQUELS
- EES 200
- EES 400
- GEN-NIFEDIPINE
- HALOPERIDOL LONG ACTING
- NOLVADEX
- NOVO-CHOLAMINE REGULAR AND LIGHT POWDER
- NOVO-DESIPRAMINE
- NOVO-SORBIDE
- PMS-KETOPROFEN CAPSULES AND ENTERIC COATED TABLETS
- RATIO-NADOLOL
- RATIO-NAPROXEN - 250 AND 375 MG TABLETS
- RHO-ATENOLOL
- RHODACINE SUPPOSITORIES
- RHODIS-EC
- RHOXAL-ACEBUTOLOL
- RHOXAL-AMIODARONE
- RHOXAL-BISOPROLOL
- RHOXAL-CITALOPRAM
- RHOXAL-CLONAZEPAM
- RHOXAL-DILTIAZEM CD
- RHOXAL-DILTIAZEM T
- RHOXAL-FLUOXETINE
- RHOXAL-FLUVOXAMINE
- RHOXAL-GLICLAZIDE
- RHOXAL-GLYBURIDE
- RHOXAL-LOVASTATIN
- RHOXAL-METFORMIN FC
- RHOXAL-METOPROLOL
- RHOXAL-MIRTAZAPINE
- RHOXAL-MIRTAZAPINE FC
- RHOXAL-NITRAZEPAM
- RHOXAL-PAROXETINE
- RHOXAL-PRAVASTATIN
- RHOXAL-RANITIDINE
- RHOXAL-SALBUTAMOL
- RHOXAL-SERTRALINE
- RHOXAL-SIMVASTATIN
- RHOXAL-SOTALOL
- RHOXAL-TIMOLOL
- RHOXAL-TOPIRAMATE
- RHOXAL-VALPROIC
- RHOXAL-ZOPICLONE
- SAB-BETAXOLOL
- SAB-CORTIMYXIN OTIC SOLUTION
- SAB-DEXAMETHASONE
- SAB-GENTAMICIN

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

- DIAMOX SEQUELS
- EES 200
- EES 400
- GEN-NIFEDIPINE
- HALOPÉRIDOL À ACTION PROLONGÉE
- NOLVADEX
- NOVO-CHOLAMINE, POUDRE ORDINAIRE ET LÉGÈRE
- NOVO-DESIPRAMINE
- NOVO-SORBIDE
- PMS-KETOPROFEN, CAPSULES ET COMPRIMÉS À ENROBAGE ENTÉROSOLUBLE
- RATIO-NADOLOL
- RATIO-NAPROXEN - 250 ET 375 MG, COMPRIMÉS
- RHO-ATENOLOL
- RHODACINE, SUPPOSITOIRES
- RHODIS-EC
- RHOXAL-ACEBUTOLOL
- RHOXAL-AMIODARONE
- RHOXAL-BISOPROLOL
- RHOXAL-CITALOPRAM
- RHOXAL-CLONAZEPAM
- RHOXAL-DILTIAZEM CD
- RHOXAL-DILTIAZEM T
- RHOXAL-FLUOXETINE
- RHOXAL-FLUVOXAMINE
- RHOXAL-GLICLAZIDE
- RHOXAL-GLYBURIDE
- RHOXAL-LOVASTATIN
- RHOXAL-METFORMIN FC
- RHOXAL-METOPROLOL
- RHOXAL-MIRTAZAPINE
- RHOXAL-MIRTAZAPINE FC
- RHOXAL-NITRAZEPAM
- RHOXAL-PAROXETINE
- RHOXAL-PRAVASTATIN
- RHOXAL-RANITIDINE
- RHOXAL-SALBUTAMOL
- RHOXAL-SERTRALINE
- RHOXAL-SIMVASTATIN
- RHOXAL-SOTALOL
- RHOXAL-TIMOLOL
- RHOXAL-TOPIRAMATE
- RHOXAL-VALPROIC
- RHOXAL-ZOPICLONE
- SAB-BETAXOLOL
- SAB-CORTIMYXIN, SOLUTION OTIQUE
- SAB-DEXAMETHASONE
- SAB-GENTAMICIN

- SAB-LEVOBUNOLOL
- SAB-NAPROXEN
- SAB-OPTICORT
- SAB-PENTASONE
- SAB-PREDNISOLONE
- SAB-TRIFLURIDINE
- TILADE TO A MAXIMUM OF 3,000 DOSES PER BENEFIT YEAR

**2(3) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug APO-FLUPHENAZINE by striking out "AND 25 MG/ML INJECTION".**

**2(4) Part 1 of the Schedule is amended by replacing the specified drug C.E.S. with the following:**

- C.E.S. - 0.625 AND 1.25 MG TABLETS

**2(5) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug NOVO-CLOPAMINE by adding "- 25 MG TABLETS" at the end.**

**2(6) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug NOVO-HYLAZIN by adding "- 10 AND 50 MG TABLETS" at the end.**

**2(7) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug NOVO-NAPROX by striking out ", AND 750 MG SUSTAINED RELEASE TABLETS".**

**2(8) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug PMS-MIRTAZAPINE by adding "15 AND" before "30 MG TABLETS".**

**2(9) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug PMS-TAMOXIFEN by striking out "10 AND".**

**2(10) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-SIMVASTATIN by striking out "5,".**

- SAB-LEVOBUNOLOL
- SAB-NAPROXEN
- SAB-OPTICORT
- SAB-PENTASONE
- SAB-PREDNISOLONE
- SAB-TRIFLURIDINE
- TILADE, MAXIMUM DE 3 000 DOSES PAR ANNÉE D'INDEMNISATION

**2(3) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert APO-FLUPHENAZINE, par suppression de « ET 25 MG/ML, INJECTION ».**

**2(4) La partie 1 de l'annexe est modifiée par substitution, au médicament couvert C.E.S., de ce qui suit :**

- C.E.S. - 0,625 ET 1,25 MG, COMPRIMÉS

**2(5) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert NOVO-CLOPAMINE, par adjonction, à la fin, de « - 25 MG, COMPRIMÉS ».**

**2(6) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert NOVO-HYLAZIN, par adjonction, à la fin, de « - 10 ET 50 MG, COMPRIMÉS ».**

**2(7) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert NOVO-NAPROX, par suppression de « ET 750 MG, COMPRIMÉS À LIBÉRATION PROGRESSIVE ».**

**2(8) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert PMS-MIRTAZAPINE, par adjonction, avant « 30 MG, COMPRIMÉS », de « 15 ET ».**

**2(9) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert PMS-TAMOXIFEN, par suppression de « 10 ET ».**

**2(10) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert RATIO-SIMVASTATIN, par suppression de « 5, ».**

**2(11) Part 1 of the Schedule is amended in the specified drug RATIO-TIMOLOL MALEATE by striking out "AND 0.5%".**

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

- GEN-AZITHROMYCIN – 250 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 intracellulare;
  - (c) with sexually transmitted disease due to Chlamydia.
- NOVO-METHYLPHENIDATE – 5, 10 and 20 mg Tablets – For the treatment of attention deficit disorder and narcolepsy.
- PMS-AZITHROMYCIN – 20 and 40 mg/mL Oral Solution – For the treatment of otitis media in patients not responding to or intolerant of alternative antibiotics (eg. amoxicillin and erythromycin).
- PMS-FLUCONAZOLE – 150 mg Capsules – For a single dose treatment of vaginal candidiasis in patients who fail or are intolerant to topical antifungal therapy.
- SANDOZ CIPROFLOXACIN – 250, 500 and 750 mg Tablets –
  - (a) Step-down care following hospital separation in patients treated with parenteral antibiotics;
  - (b) Treatment of Pseudomonal infections or resistant gram-negative infections;
  - (c) Treatment of resistant Gonococcal infections;

**2(11) La partie 1 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert RATIO-TIMOLOL MALEATE, par suppression de « ET 0,5 % ».**

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

- GEN-AZITHROMYCIN – comprimés, 250 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 intracellulare;
  - c) des maladies transmises sexuellement causées par la chlamydia.
- NOVO-METHYLPHENIDATE – comprimés, 5, 10 et 20 mg – pour le traitement de la narcolepsie et des déficits de la capacité d'attention.
- PMS-AZITHROMYCIN – 20 et 40 mg/ml, solution orale – pour le traitement de l'otite moyenne chez les malades qui ne réagissent pas aux antibiotiques de relais ou qui ne les tolèrent pas (p.ex. amoxicilline et érythromycine).
- PMS-FLUCONAZOLE – capsules, 150 mg – pour le traitement, par dose unique, de candidases vaginales chez les malades qui ne réagissent pas au traitement antifongique topique ou qui ne le tolèrent pas.
- S A N D O Z C I P R O F L O X A C I N – comprimés, 250, 500 et 750 mg –
  - 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 pseudomonales ou des infections Gram négatif résistantes;
  - c) traitement des gonococcies résistantes;

(d) Treatment of infections in persons allergic to alternative agents (eg. penicillins, cephalosporins and sulfonamides);

(e) Treatment of infections in immunocompromised patients;

(f) Treatment of diabetic foot infections and complications of orthopedic surgery;

(g) Treatment of chronic bacterial prostatitis.

d) traitement des infections chez les personnes allergiques aux agents de relais (p. ex. pénicillines, céphalosporines et sulfonamides);

e) traitement des infections chez les malades immunodéprimés;

f) traitement des infections de pied diabétique et des complications résultant d'une chirurgie orthopédique;

g) traitement d'une prostatite bactérienne chronique.

- SANDOZ ESTRADIOL DERM - 50, 75 and 100 mcg Transdermal Patch - For patients:

(a) who are smokers (current);

(b) with increased triglycerides;

(c) with a history of cholelithiasis; or

(d) who cannot tolerate oral estrogens due to intolerable side effects (eg. GI upset, irregular bleeding, etc.) or who cannot take any medications by mouth.

Patients should have tried at least two different oral estrogen products (eg. Premarin, Estrace, Ogen).

- SANDOZ ESTRADIOL DERM - timbre transdermique, 50, 75 et 100 mcg - pour les malades :

a) qui sont fumeuses;

b) ayant une augmentation du nombre de triglycérides;

c) ayant des antécédents de lithiase biliaire;

d) qui ne peuvent prendre d'œstrogènes administrés oralement en raison d'effets secondaires intolérables (p. ex. : troubles gastro-intestinaux, saignements irréguliers, etc.) ou qui ne peuvent prendre de médicaments par voie orale; les malades devraient avoir essayé de prendre par voie orale au moins deux médicaments œstrogènes différents (p. ex. : Premarin, Estrace ou Ogen).

- SANDOZ MINOCYCLINE - 50 and 100 mg Capsules -

(a) For treatment of acne unresponsive to tetracycline or erythromycin;

(b) For rheumatoid arthritis patients who have failed two other second line agents.

- SANDOZ MINOCYCLINE - capsules, 50 et 100 mg - pour le traitement :

a) de l'acné sur laquelle la tétracycline et l'érythromycine n'agissent pas;

b) des malades atteints d'arthrite rhumatismale qui ont déjà essayé sans succès deux autres médicaments de deuxième intention.

- SANDOZ SUMATRIPTAN - 50 and 100 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.

- SANDOZ SUMATRIPTAN - comprimés, 50 et 100 mg - pour le traitement des migraines AIGÜES lorsque les médicaments ordinaires n'agissent pas. Maximum de 144 comprimés par année d'indemnisation.

- SANDOZ TICLOPIDINE – 250 mg Tablets – Sandoz Ticlopidine will be reimbursed for patients:

(a) For the secondary prevention of vascular ischemic events ie. myocardial infarction, or stroke in patients

(i) who are known to be or become intolerant to ASA, or

(ii) who continue to have TIA or stroke symptoms or myocardial infarction while being treated with ASA or clopidogrel;

NOTE: ASA should be first line for the secondary prevention of vascular ischemic events such as myocardial infarction or stroke. Before abandoning ASA, efforts should be made to improve tolerability of ASA by reducing the dose, taking it with food and using enteric coated ASA.

(b) Post coronary stent implantation x 28 days in combination with ASA.

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

- APO-TOBRAMYCIN
- FLOXIN
- NOVO-AZITHROMYCIN
- NOVO-FLUCONAZOLE-150
- RHOXAL-CIPROFLOXACIN
- RHOXAL-ESTRADIOL DERM
- RHOXAL-MINOCYCLINE
- RHOXAL-SUMATRIPTAN
- RHOXAL-TICLOPIDINE

**3(3) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug APO-METHYLPHENIDATE by adding "5," before "10 and 20 mg".**

- SANDOZ TICLOPIDINE – comprimés, 250 mg – un remboursement est accordé aux malades :

a) pour la prévention secondaire de pénombres ischémiques vasculaires, c.-à-d., infarctus du myocarde ou accident cérébrovasculaire :

(i) chez les malades qui sont ou deviennent intolérants à l'AAS,

(ii) chez les malades qui continuent à avoir des accidents ischémiques transitoires ou des infarctus du myocarde pendant qu'ils suivent un traitement à l'AAS ou au clopidogrel;

NOTA : L'AAS est le médicament du premier degré à administrer pour la prévention secondaire de pénombres ischémiques vasculaires tels qu'un infarctus du myocarde ou un accident cérébrovasculaire. Avant d'abandonner le traitement à l'AAS, il faut s'efforcer d'améliorer la tolérance du malade à l'AAS en réduisant la dose, en le faisant prendre avec de la nourriture et en l'administrant sous forme de comprimé à enrobage entérosoluble.

b) après l'implantation d'un stent coronarien, pendant 28 jours avec de l'AAS.

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

- APO-TOBRAMYCIN
- FLOXIN
- NOVO-AZITHROMYCINE
- NOVO-FLUCONAZOLE – 150
- RHOXAL-CIPROFLOXACIN
- RHOXAL-ESTRADIOL DERM
- RHOXAL-MINOCYCLINE
- RHOXAL-SUMATRIPTAN
- RHOXAL-TICLOPIDINE

**3(3) La partie 2 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert APO-METHYLPHENIDATE, par adjonction, avant « 10 et 20 mg », de « 5, ».**



**3(4) Part 2 of the Schedule is amended in the specified drug SAIZEN by striking out "3.33 and 5 mg/vial Injection" and substituting "3.33, 5 and 8.8 mg/vial Injection".**

**Coming into force**

**4 This regulation comes into force on September 14, 2006.**

August 15, 2006  
15 août 2006

**Acting Minister of Health/Le ministre par intérim de la Santé,**

Stan Struthers

**3(4) La partie 2 de l'annexe est modifiée, au médicament couvert SAIZEN, par substitution, à « 3,33 et 5 mg/fiole de préparation injectable – », de « 3,33, 5 et 8,8 mg/fiole de préparation injectable – ».**

**Entrée en vigueur**

**4 Le présent règlement entre en vigueur le 14 septembre 2006.**

**L'Imprimeur de la Reine  
du Manitoba**

**The Queen's Printer  
for the Province of Manitoba**