

Bulletin # 525

September 14, 2001

BENEFIT CHANGES TO NBPDP

Attached are lists of changes to the New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) Formulary, effective September 14, 2001.

Included in this bulletin:

- **Special Authorization Additions**
- **Regular Benefit Additions**
Claims for these products will be reimbursed at actual acquisition cost (AAC). Claims for interchangeable products will be subject to a maximum allowable price (MAP) effective October 26, 2001.
- **Clinical and Benefit Status Summary**
NSAIDs and COX-2 Inhibitors in the treatment of arthritis.

If you have any questions or concerns, please contact our office at 1-800-332-3691.

Yours truly,

Debbie LeBlanc
New Brunswick Prescription Drug Program

NBPDP/PHAR/PHYS

SPECIAL AUTHORIZATION (PART B) - ADDITIONS

Olanzapine Line-extension (*Zyprexa-Zydis*)

- Tablets 5mg and 10mg

- For the acute and maintenance treatment of schizophrenia and related psychotic disorders. Advice from a psychiatrist is suggested prior to starting therapy.

Prescriptions written by New Brunswick psychiatrists do not require special authorization. Subsequent refills ordered by other practitioners will not require special authorization.

Oxycodone

(*Oxy IR*)

- Tablets (immediate release)
5mg, 10mg and 20mg

- For the treatment of moderate to severe cancer-related or chronic non-malignant pain.

Oxycodone

(*OxyContin CR*)

- Tablets (controlled release)
10mg, 20mg, 40mg and 80mg

- For the treatment of moderate to severe cancer-related or chronic non-malignant pain.

Quetiapine Line-extension (*Seroquel*)

- Tablets 150mg

- For the management of the manifestations of schizophrenia. Advice from a psychiatrist is suggested prior to starting therapy.

Prescriptions written by New Brunswick psychiatrists do not require special authorization. Subsequent refills ordered by other practitioners will not require special authorization.

Salmeterol/Fluticasone

(*Advair Diskus*)

- Diskus 50/100mcg,
50/250mcg, 50/500mcg

- For patients with reversible obstructive airways disease who are
 - stabilized on an inhaled corticosteroid and a long-acting B₂ agonist, or
 - using optimal doses of inhaled corticosteroids but are still poorly controlled.

Tobramycin

(*Tobi*)

- Solution for inhalation
300mg/5mL

- For the treatment of cystic fibrosis patients who do not tolerate injectable tobramycin when used for inhalation.

SPECIAL AUTHORIZATION (PART B) – ADDITIONS

Zolmitriptan Line-extension (*Zomig Rapimelt*)

- Tablets 2.5mg

1. For the treatment of migraine headaches where patients have a definite diagnosis of migraine with or without aura based on the current Canadian guidelines.
2. The initial approval for persons not previously treated with a “triptan” will be limited to a quantity equal to three days of therapy per month at the maximum dose of two months. If therapy has been successful, special authorization could be renewed for a period of up to 12 months.

Note: Patients experiencing three or more severe migraine attacks in one month should be considered for migraine prophylaxis therapy.

Bulletin n° 525

Le 14 septembre 2001

CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de changements apportés au Recueil du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB). Ces changements prennent effet le 14 septembre 2001.

Avec le présent bulletin :

- **Ajouts à l'autorisation spéciale**
- **Ajouts aux services habituellement assurés**
Les demandes de règlement pour ces produits seront remboursées au prix d'achat réel (PAR).
Les demandes de règlement pour les produits interchangeables seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 26 octobre 2001.
- **Résumé clinique et de l'état des services assurés**
Les AINS et les inhibiteurs du COX-2 pour le traitement de l'arthrite.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691.

Je vous prie d'agréer mes salutations les meilleures.

Debbie LeBlanc
Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

PMONB/PHAR/MÉD

AUTORISATION SPÉCIALE (PARTIE B) - AJOUTS

Olanzapine Expansion (*Zyprexa-Zydis*)

- Comprimés de 5 mg et 10 mg

- Pour le traitement actif et le traitement d'entretien de la schizophrénie et des troubles psychotiques associés. L'avis d'un psychiatre est recommandé avant le début du traitement.

Une autorisation spéciale n'est pas requise lorsque les ordonnances sont rédigées par les psychiatres du Nouveau-Brunswick. Une autorisation spéciale ne sera pas nécessaire pour les renouvellements subséquents prescrits par d'autres omnipraticiens.

Oxycodone (*Oxy IR*)

- Comprimés (à libération immédiate) de 5 mg, 10 mg et 20 mg

- Pour le traitement d'une douleur associée au cancer d'intensité moyenne à grave ou d'une douleur chronique bénigne d'intensité moyenne à grave.

Oxycodone (*OxyContin CR*)

- Comprimés (à libération contrôlée) de 10 mg, 20 mg, 40 mg et 80 mg

- Pour le traitement d'une douleur associée au cancer d'intensité moyenne à grave ou d'une douleur chronique bénigne d'intensité moyenne à grave.

Quétiapine Expansion (*Seroquel*)

- Comprimés de 150 mg

- Pour le traitement de la schizophrénie ainsi que des manifestations de schizophrénie. On recommande l'obtention de l'avis d'un psychiatre avant d'entreprendre le traitement.

Une autorisation spéciale n'est pas requise lorsque les ordonnances sont rédigées par les psychiatres du Nouveau-Brunswick. Une autorisation spéciale ne sera pas nécessaire pour les renouvellements subséquents prescrits par d'autres omnipraticiens.

Salmétérol/Fluticasone (*disque Advair*)

- Disques de 50/100 mcg, 50/250 mcg, 50/500 mcg

- Pour les patients atteints d'une affection obstructive réversible des voies respiratoires :
 - dont l'état est stable grâce à l'utilisation d'un corticostéroïde par inhalation et d'un B₂-agoniste, ou
 - qui suivent un traitement optimal aux corticostéroïdes mais dont l'état est toujours difficile à maîtriser.

Tobramycine (*Tobi*)

- Solution pour inhalation 300 mg/5 mL

- Pour le traitement des patients atteints de fibrose kystique qui ne tolèrent pas les injections de tobramycine lorsqu'elles sont utilisées aux fins d'inhalation.

AUTORISATION SPÉCIALE (PARTIE B) – AJOUTS

Zolmitriptan Expansion (*Zomig Rapimelt*)

- Comprimés de 2,5 mg

1. Pour le traitement des migraines chez les patients qui ont un diagnostic défini de migraine avec ou sans aura, conformément aux lignes directrices canadiennes actuelles.
2. L'approbation initiale pour les personnes qui n'ont jamais été traitées avec un triptan est limitée à une quantité égale à trois jours de traitement par mois à la dose maximale pour deux mois. Si le traitement a réussi, l'autorisation spéciale peut être renouvelée pour une période maximale de 12 mois.

Nota : À titre de traitement préventif des migraines pour les patients souffrant de trois crises migraineuses graves ou plus par mois.

NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB

**20:12:04 Anticoagulants
Anticoagulants**

Warfarin Sodium / Warfarine sodique							<u>to Oct 25</u>	<u>MAP Oct 26</u>	
Tab	Co.	Orl	1mg	TARO-WARFARIN	02242680	TAR	AEFGV	AAC	0.1980
Tab	Co.	Orl	2mg	TARO-WARFARIN	02242681	TAR	AEFGV	AAC	0.2094
Tab	Co.	Orl	2.5mg	TARO-WARFARIN	02242682	TAR	AEFGV	AAC	0.1677
Tab	Co.	Orl	3mg	TARO-WARFARIN	02242683	TAR	AEFGV	AAC	0.2596
Tab	Co.	Orl	4mg	TARO-WARFARIN	02242684	TAR	AEFGV	AAC	0.2596
Tab	Co.	Orl	5mg	TARO-WARFARIN	02242685	TAR	AEFGV	AAC	0.1680
Tab	Co.	Orl	6mg	COUMADIN	02240206	DUP	AEFGV	AAC	0.2805
				TARO-WARFARIN	02242686	TAR	AEFGV	AAC	0.2805

**24:06:00 Antilipemic Agent
Hypolipémiants**

Atorvastatin Calcium / Atorvastatine

Tab	Co.	Orl	80mg	LIPITOR	02243097	PFI	AEFV	AAC	
-----	-----	-----	------	---------	----------	-----	------	-----	--

Fenofibrate / Fénofibrate

Tab	Co.	Orl	160mg	LIPIDIL SUPRA	02241602	FOU	AEFGV	AAC	
-----	-----	-----	-------	---------------	----------	-----	-------	-----	--

**68:12:00 Contraceptives
 Anovulants**

Levonorgestrel / Lévonogestrel

to Oct 25

MAP Oct 26

Tab Co. Orl 0.75mg

PLAN B 02241674 PAL EFG AAC

**84:04:12 Anti-Infectives (scabicides & Pediculicides)
 Anti-infectieux (parasitocides et pediculicides)**

Permethrin / Permétrine

Crm Cr. Top 10mg

KWELLADA-P CREME RINSE 1% 02231480 GSK AEEGV AAC

**92:00:00 Unclassified Therapeutic Agents
 Autres médicaments**

Tacrolimus

Cap Cap Orl 0.5mg

PROGRAF 02243144 FJI R AAC