

Bijlage 4 M&I Verrichtingen 2019

Algemeen

De verrichtingen die in onderstaande lijst genoemd zijn, mogen door de zorgaanbieder worden gedeclareerd als voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden in de vigerende beleidsregel en de aanvullende voorwaarden van Zorg en Zekerheid. De beleidsregel is te vinden op de website van de NZA: www.nza.nl/regelgeving/tarieven. Kies hier de categorie 'Huisartsenzorg'.

Conform de vigerende beleidsregel kunnen naast de daarvoor vastgestelde prestaties geen andere (verrichtings-)tarieven in rekening worden gebracht.

Indien in Bijlage 1 van deze overeenkomst andere tarieven gemeld staan, zijn deze voorliggend op de tarieven zoals hier genoemd.

Deze verrichtingenlijst bestaat uit vier onderdelen:

- a. M&I verrichtingen (artikel 1)
- b. Overige S1 verrichtingen (artikel 2)
- c. Prestaties Huisartsenzorg eerstelijns verblijf en Intensieve zorg (artikel 3)
- d. M&I verrichtingen die niet elke huisarts aanbiedt (artikel 4)
- e. M&I verrichtingen die ten laste van de aanvullende verzekering komen (artikel 5)

Artikel 1: M&I verrichtingen

In de vigerende beleidsregel bestaan de onderstaande verrichtingen nog als separate verrichting. Op deze verrichtingen zijn de vigerende beleidsregel en de voorwaarden in deze bijlage van toepassing.

Deze M&I verrichtingen kunnen door alle door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieders gedeclareerd worden.

13000	Audiometrie	Tarief: € 29,88
Declaratie	• Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar.	

13001	Diagnostiek met behulp van Doppler	Tarief: € 59,79
Declaratie	• Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar. • Mag niet gedeclareerd worden in combinatie met sclerosering varices.	

13003	Tympanometrie	Tarief: € 29,88
Declaratie	Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar.	

13004 13004	Longfunctiemeting (= spirometrie) met beoordeling zonder POH-S Longfunctiemeting (= spirometrie) met beoordeling door POH-S	Tarief: € 60,21 Tarief: € 29,44
Aanvullende voorwaarde(n)	• De patiënt is niet voor een longprobleem in behandeling bij een specialist (dbc COPD en/of astma). • De patiënt is niet geïnccludeerd in een keten-dbc COPD. • De uitvoerder heeft met goed gevolg een CASPIR-cursus afgerond.	
Declaratie	• Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar. • De zorgaanbieder die een POH-S afspraak met Zorg en Zekerheid heeft, mag een spirometrie declareren voor € 29,44. • De zorgaanbieder die geen POH-S afspraak heeft met Zorg en Zekerheid, mag een spirometrie voor € 60,21 declareren.	

13005	ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)	Tarief: € 45,50
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> De uitvoerder heeft onderwijs gevolgd voor c.q. ervaring als AIO met ECG-diagnostiek (Boerhavecursus, cursus Nederlandse Hartstichting). Ter deskundigheidsbevordering (DKB) vindt minimaal 1 maal per jaar ten minste 2 uur toetsing plaats. 	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> Prestatie per diagnose (ECG maken, interpreteren en bespreken met de patiënt). Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar. Prestatie is inclusief verbruiksmateriaal en mag daarom niet gedeclareerd worden in combinatie met Vektiscode 12700. Het uitsluitend maken, lezen en vervolgens opsturen van een ECG ter beoordeling is geen verrichting en kan dus ook niet als zodanig gedeclareerd worden. In dat geval kan een consult (Vektiscode 12000) plus verbruiksmateriaal (Vektiscode 12700) gedeclareerd worden. 	

13008	Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	Tarief: € 45,50
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> De uitvoerder heeft relevante nascholing gevolgd. Er is mogelijkheid tot consultatie bij een medisch specialist. 	
Declaratie	Maximaal twee (2) keer per verzekerde per kalenderjaar.	

13009	Teledermatologie	Tarief: € 43,84
Declaratie	Het betreft een tarief per verrichting die niet in rekening gebracht kan worden indien de inspanning van de huisarts reeds wordt vergoed vanuit een elders gecontracteerde prestatie teledermatologie.	

13010	Cognitieve functietest (MMSE)	Tarief: € 59,79
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> Afname van de test vindt plaats door de huisarts. De verrichting vindt bij de patiënt thuis plaats en is inclusief het gesprek met de familie van de patiënt. 	
Declaratie	Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar.	

13011	Hartritmestoornissen	Tarief: € 29,88
Omschrijving	Diagnostiek met behulp van holterfoon via de huisartsenpraktijk, ter vervanging van verwijzing naar de tweedelij, waarbij <u>specialistische</u> beoordeling en/of advies noodzakelijk is.	
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> Apparatuur geleverd door een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier. Met uitsluiting indien al op projectbasis gefinancierd. 	

13027	MRSA-screening	Max. NZa tarief voor een dubbel consult (in 2019 is dit € 19,94)
--------------	-----------------------	---

13038	Euthanasie	Tarief: € 287,38
Declaratie	De inzet van de SCEN-arts kan apart gedeclareerd worden via de NZa-tarief code 12815.	

13049	Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik ("M-check")	Tarief: € 44,33
Omschrijving	Medicatiebeoordeling is een systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik van een individuele patiënt door arts, apotheker en patiënt (en/of mantelzorgers of andere verzorgenden) op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie. Doel van de beoordeling is een op elkaar afgestemde farmacotherapeutische behandeling door artsen, apothekers, verpleegkundigen en verzorgenden op basis van de wensen en behoeften (dan wel ervaringen) van de patiënt (en mantelzorgers of andere verzorgenden).	
Voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • De M-check wordt uitgevoerd door zowel de apotheker als de arts, met betrokkenheid van de patiënt (en/of mantelzorgers of andere verzorgenden); • De huisarts verklaart dat de samenwerking tussen de apotheker aantoonbaar is geformaliseerd op minimaal FTO-niveau 4, een geïntegreerd eerstelijns samenwerkingsverband (GES) of een multidisciplinaire zorggroep tussen huisartsen en apothekers; • De verrichting wordt uitgevoerd met inachtneming van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen; • De acties, interventies en uitkomsten van de M-check worden vastgelegd in het digitale patiëntendossier van de patiënt. 	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • De vergoeding bedraagt € 43,00 (exclusief consult) per verzekerde van Zorg en Zekerheid waarvoor de Medicijncheck is uitgevoerd. • De verrichting polyfarmacie kan maximaal eenmaal per 12 maanden per verzekerde worden gedeclareerd. 	

Artikel 2: Overige S1 verrichtingen

Voor vijf specifieke (groepen van) verrichtingen zijn in de vigerende beleidsregel separate prestaties geformuleerd. Het betreft verrichtingen die tot 2015 als M&I verrichting gedeclareerd werden. Het tarief is per verrichting en is een vergoeding voor de kosten van zorgverlening. Voor 2018 en 2019 zijn de hoogte van de tarieven gelijk aan de maximum NZa tarieven. In onderstaande tabel staan de maximum NZa tarieven voor 2019.

Deze verrichtingen kunnen door alle door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieders gedeclareerd worden.

13012	Chirurgie	Tarief: € 90,08
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> De verrichting mag niet gedeclareerd worden in combinatie met de prestaties 'Intensieve zorg, dag' of 'Intensieve zorg, ANW'. Het verwijderen van hechting na een specialistische behandeling valt niet onder deze verrichting. Adequate apparatuur, ruimte, assistentie, en hygiëne is vereist. 	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> Dit tarief is inclusief materiaal en verwijderen hechtingen. 	

13015	Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	Tarief: € 60,55
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> De uitvoerder heeft een aanvullende opleiding in zwachtelen. De verrichting kan alleen uitgevoerd worden in het kader van ketenzorgafspraken/een transmuraal protocol. 	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> Maximaal negen (9) keer per verzekerde per kalenderjaar. 	

13023	Therapeutische injectie (Cyriax ®) exclusief ampul	Tarief: € 30,42
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> Vergoeding vindt per kalenderjaar maximaal voor drie (3) locaties en maximaal drie (3) keer per locatie plaats. Dat betekent dat deze prestatie maximaal negen (9) maal per verzekerde per kalenderjaar gedeclareerd wordt. 	

13024	Oogboring	Tarief € 57,57
--------------	------------------	-----------------------

13042	IUD inbrengen/ Implanteren cq verwijderen implanonstaafje	Tarief € 63,53
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> • Controle conform de NHG standaard. Indien geïndiceerd, doorverwijzen naar een gynaecoloog. <p>Let op! De handeling van het inbrengen/verwijderen van het spiraaltje of implanonstaafje valt onder de basisverzekering. Het spiraaltje en implanonstaafje (materiaal) vallen onder de basisverzekering voor patiënten onder de 21 jaar en vallen onder de aanvullende verzekering bij patiënten van 21 jaar en ouder. De vergoeding hiervan is afhankelijk van de aanvullende verzekering van de patiënt.</p>	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • Maximaal één (1) keer per kalenderjaar. 	

Artikel 3: Prestaties Huisartsenzorg eerstelijns verblijf en Intensieve zorg

Op deze prestaties zijn de vigerende beleidsregel van toepassing. Het tarief is een tarief per visite. Voor 2018 en 2019 is de hoogte van de tarieven gelijk aan de maximum NZa tarieven. In onderstaande tabel staan de maximum Nza tarieven voor 2019.

Deze prestaties kunnen door alle door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgaanbieders gedeclareerd worden.

12150	Huisartsenzorg ELV, dag korter dan 20 min	Tarief: € 43,55
--------------	--	------------------------

12151	Huisartsenzorg ELV, dag 20 min en langer	Tarief: € 75,46
--------------	---	------------------------

12152	Huisartsenzorg ELV, ANW korter dan 20 min	Tarief: € 74,87
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">• Het tarief is per ANW visite. Deze uren betreffen de tijdsperiode:<ul style="list-style-type: none">○ tussen 18:00 uur 's avonds en 08:00 uur 's ochtends;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op zaterdag of zondag;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.• Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW uren alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan.	

12153	Huisartsenzorg ELV, ANW 20 min en langer	Tarief: € 116,03
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">• Het tarief is per ANW visite. Deze uren betreffen de tijdsperiode:<ul style="list-style-type: none">○ tussen 18:00 uur 's avonds en 08:00 uur 's ochtends;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op zaterdag of zondag;○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.• Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW uren alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan.	

13034	Intensieve zorg, dag (voorheen 13034, 13035)	Tarief: € 76,95
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> • Voor verzekerden met een CIZ indicatie van een V&V-reeks van 5 of hoger mogen maximaal 7 visites per kwartaal en maximaal 28 visites per kalenderjaar gedeclareerd worden voor Intensieve zorg samen • Voor terminale patiënten mogen maximaal 40 visites voor Intensieve zorg (13034 en 13036) samen gedeclareerd worden. • Voor terminale patiënten mogen in de laatste zeven dagen voor overlijden maximaal 2 verrichtingen op 1 dag worden gedeclareerd, echter wel binnen het aantal van 40 visites. Op alle overige dagen mag slechts 1 verrichting per 24 uur worden gedeclareerd. • Indien het hierboven beschreven maximum overschreden wordt, dan kan een visite gedeclareerd worden. 	

13036	Intensieve zorg, ANW (voorheen 13036, 13037)	Tarief: € 132,73
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none"> • Het tarief is per ANW visite. Deze uren betreffen de tijdsperiode: <ul style="list-style-type: none"> ○ tussen 18:00 uur 's avonds en 08:00 uur 's ochtends; ○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op zaterdag of zondag; ○ tussen 08:00 uur en 18:00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet. • Een deelnemer van een HDS mag de visite tijdens ANW uren alleen declareren indien hij/zij geen dienst heeft, maar wel de visite heeft gedaan. • Voor verzekerden met een CIZ indicatie van V&V-reeks 5 of hoger mogen maximaal 7 visites per kwartaal en maximaal 28 visites per kalenderjaar gedeclareerd worden voor Intensieve zorg samen. • Voor terminale patiënten mogen maximaal 40 visites voor Intensieve zorg (13034 en 13036) samen gedeclareerd worden. • Voor terminale patiënten mogen in de laatste zeven dagen voor overlijden maximaal 2 verrichtingen op 1 dag worden gedeclareerd, echter wel binnen het aantal van 40 visites. Op alle overige dagen mag slechts 1 verrichting per 24 uur worden gedeclareerd. • Indien het hierboven beschreven maximum overschreden wordt, dan kan een visite gedeclareerd worden. 	
Declaratie	Het betreft een prestatie per visite bij de patiënt thuis.	

Artikel 4: M&I verrichtingen die niet elke huisarts aanbiedt

De onderstaande M&I verrichtingen kunnen alleen gedeclareerd worden als in bijlage 1 van deze overeenkomst een tarief vermeld staat of wanneer u een addendum heeft ontvangen gedurende de contractperiode.

Als u lopende de contractperiode een van de onderstaande M&I-verrichtingen wilt aanvragen, dan kunt u dit met het aanvraag-/mutatieformulier doen. De aanvraag dient uiterlijk een maand voor aanvang van het volgende kwartaal bij Zorg en Zekerheid ingediend te zijn. Als de aanvraag te laat is ingediend of niet compleet is, dan zal deze het kwartaal daarop pas ingaan.

13006	Spleetlamponderzoek	Tarief: € 29,88
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">• De uitvoerder heeft aantoonbare aanvullende deskundigheid (certificaat opleiding Stichting Onderwijs Oogheelkunde aan Huisartsen in Nederland, SOOHN, voorheen cursus Baggen, of arts-assistentschap oogheelkunde).• De praktijk beschikt over adequate apparatuur.• De huisarts staat vermeld in het CHBB-register voor de bijzondere bekwaamheid oogheelkunde.	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Maximaal drie (3) keer per verzekerde per kalenderjaar.	

13029	Diabetes begeleiding per jaar	Max. NZa tarief voor een dubbel consult (in 2019 is dit € 19,94)
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">• Kan niet gebruikt worden wanneer:<ul style="list-style-type: none">○ de patiënt is geïnccludeerd in een keten-dbc Diabetes.○ de zorgaanbieder een POH-S afspraak met Zorg en Zekerheid heeft.	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none">• Tarief per controle.• Maximaal vier (4) controles per kalenderjaar (inclusief jaarcontrole).	

13030	Diabetes – instellen op insuline	Max. NZa tarief voor een dubbel consult (in 2019 is dit € 19,94)
Omschrijving	Instelling van DM-patiënt op insuline door de huisarts, waarbij de patiënt in de 1e lijn blijft en dus niet wordt verwezen naar de 2e lijn bij: <ul style="list-style-type: none"> • nieuwe insuline afhankelijke patiënten. • DM type II, die van orale medicatie overgaan op insuline. 	
Aanvullende voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • De zorg wordt conform de NHG-standaard M01 uitgevoerd. • De verrichting is alleen te declareren wanneer er een diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner aanwezig is in de huisartsenpraktijk. 	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • Tarief per controle. • Maximaal acht (8) keer per kalenderjaar. • De verrichting is niet te declareren wanneer de zorgaanbieder deelneemt aan een zorggroep die DM type II-zorg levert en die door middel van een Keten DBC gefinancierd wordt. 	

13031	COPD-gestructureerde zorg per jaar	Max. NZa tarief voor een dubbel consult (in 2019 is dit € 19,94)
Omschrijving	Het realiseren van optimale zorg voor COPD-patiënten door de huisarts, waarbij de patiënt niet (meer) onder controle is van de 2e lijn, inclusief spirometrie.	
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • Tarief per controle. • Maximaal 4 controles per verzekerde per kalenderjaar (inclusief jaarcontrole). • Kan niet afgesproken worden wanneer: <ul style="list-style-type: none"> ○ de zorgaanbieder deelneemt aan een zorggroep die CODP-zorg levert die door middel van een Keten DBC gefinancierd wordt. ○ de zorgaanbieder een POH-S afspraak met Zorg en Zekerheid heeft. 	

13032	Palliatieve consultatie, visite	Tarief: € 115,00
Omschrijving	Consultatievisite bij een palliatieve patiënt door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts.	
Aanvullende voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • De prestatie is te declareren door de palliatieve huisartsconsulent. • De palliatieve huisartsconsulent is aangesloten bij een PaTz-groep of is voornemens om een PaTz-groep op te zetten en werkt nauw samen met de wijkverpleging. 	
Declaratie	Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.	

13033	Palliatieve consultatie, telefonisch	Tarief: € 28,12
Omschrijving	Telefonische consultatie van een opgeleide palliatieve huisartsconsulent/specialist inzake de behandeling van een palliatieve patiënt.	
Aanvullende voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • De huisarts is aangesloten bij een PaTz-groep of is voornemens om een PaTz-groep op te zetten en werkt nauw samen met de wijkverpleging. • Zowel de huisarts die de palliatieve huisartsconsulent consulteert als de huisartsconsulent kunnen deze code declareren. • Huisartsen die aangesloten zijn bij een PaTz-groep kunnen deze prestatie declareren als zij deelnemen aan een bijeenkomst van de PaTz-groep waar een opgeleide palliatieve consulent aanwezig is. 	
Declaratie	Het betreft een prestatie per telefonisch consult.	

13045	Abdominale echografie	Tarief: 78,49
Aanvullende voorwaarde(n)	<p>De verrichting kan uitgevoerd worden voor de volgende indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lever: vergroting, galstuwning, tumoren, metastasen (M 22) • galblaas: stenen, stuwning (M 22) • nieren: stenen, stuwning, cysten, tumoren (M 63) • para-aortale regio: pancreas: stenen, stuwning, tumoren (M22) • aorta: herkennen aneurysmata. • uterus: myomen, positie IUD, endometriumdikte, • ovariae: cysten • blaas: urineretentie, concrementen <p>Het betreft uitdrukkelijk niet de echo bij zwangerschap en geruststellingecho's. Deze laatste is geen doelmatige zorg.</p> <p>Om in aanmerking te komen voor vergoeding moet voldoen worden aan de volgende aanvullende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn samenwerkingsafspraken/verwijsafspraken met tenminste 3 andere praktijken. • Bij verwijzing naar de specialist na het onderzoek wordt het diagnostische materiaal beschikbaar gesteld ten behoeve van de vervolgbehandeling. • De huisarts-echografist registreert de geleverde zorg. De rapportage kan door Zorg en Zekerheid op geaggregeerd niveau opgevraagd worden. In de rapportage moet tenminste de volgende gegevens terug te vinden zijn: <ul style="list-style-type: none"> ○ Welke huisartsen een abdominale echografie hebben aangevraagd. ○ Voor welke indicatie de abdominale echografie is gemaakt. Of er naar aanleiding van de abdominale echo een verwijzing heeft plaatsgevonden en zo ja, naar welk specialisme. • De huisarts-echografist voert minimaal 100 abdominale echo's uit per jaar. 	

Procedureel	<p>De zorgaanbieder stuurt een brief met aanvraag om in aanmerking te komen voor abdominale echografie samen met een bewijs van de registratie bij de VEGE en/of CHBB op naar:</p> <p>Zorg en Zekerheid Zorgteam Cure, t.a.v. Zorginkoop Huisartsenzorg Postbus 400 2300 AK Leiden</p> <p>In de brief staan de namen en handtekeningen van alle huisartsen die verwijzen/samenwerken met de huisartsechografist met ieder hun AGB code, de naam- en adresgegevens. Daarnaast wordt aangegeven wat de doelstelling is van het uitvoeren van abdominale echografie in de huisartsenpraktijk en wat de nagestreefde resultaten zijn, zodat op basis van deze uitgangspunten geëvalueerd kan worden.</p>
Declaratie	<ul style="list-style-type: none"> • Het betreft een verrichting welke slechts gedeclareerd kan worden na toestemming van Zorg en Zekerheid. • De vergoeding geldt in beginsel voor één (1) jaar, waarna evaluatie van de zorg en de doelmatigheid zal plaats vinden. • Er kan maximaal 1 abdominale echo per 2 jaar gedeclareerd worden, behalve voor de indicatie aneurysma van de aorta, dan vindt ook vergoeding plaats van de vervolg echo's die zijn uitgevoerd conform de indicatie van de richtlijn.

Artikel 5: M&I verrichtingen die ten laste van de aanvullende verzekering komen

De vergoeding van de M&I verrichting is niet gelijk aan de vergoeding van de Aanvullende Verzekering. De vergoeding aan de verzekerde is afhankelijk van de Aanvullende Verzekering van de verzekerde. De zorgaanbieder mag de verrichtingen die in het kader van de aanvullende verzekering van Zorg en Zekerheid worden geleverd, rechtstreeks bij Zorg en Zekerheid indienen; Zorg en Zekerheid zal dan vergoeden conform de dekking van de aanvullende verzekering zoals de verzekerde deze bij Zorg en Zekerheid heeft afgesloten. Het eventuele resterende bedrag dient de zorgaanbieder in dat geval zelf bij de verzekerde te verhalen. Ter voorkoming van incassoproblemen, kan de zorgaanbieder de verrichtingen die in het kader van de aanvullende verzekering van Zorg en Zekerheid worden geleverd, ook direct aan de verzekerde factureren. De verzekerde kan, afhankelijk van zijn aanvullende verzekering, de rekening bij Zorg en Zekerheid indienen.

13039	Reizigersadvisering	Tarief: 59,79
Aanvullende voorwaarde(n)	Prestatie betreft het advies plus injecties, exclusief vaccin.	

13040	Sterilisatie man	Tarief: 287,38
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">Het tarief geldt voor een volledige behandeling, inclusief nacontroles, en al het benodigde sperma onderzoek.Deze M&I verrichting kan ook ingezet worden bij patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweedelijns voorkomen. De huisarts die de verrichting uitvoert kan middels de prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' een opslag op de M&I verrichting declareren. De prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' wordt in bijlage 6b omschreven.	

13041	Besnijdenis	Tarief: 234,59
Aanvullende voorwaarde(n)	<ul style="list-style-type: none">Het betreft een prestatie per ingreep, inclusief nacontrole.Deze M&I verrichting kan ook ingezet worden bij patiënten die bij een andere huisarts staan ingeschreven. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweedelijns voorkomen. De huisarts die de verrichting uitvoert kan middels de prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' een opslag op de M&I verrichting declareren. De prestatie 'Horizontaal doorverwijzen' wordt in bijlage 6b omschreven.	
Declaratie	In geval van een medische indicatie dient dit op de rekening vermeld te worden.	