[Voor- en achternaam]
[Adres]
[Postcode en woonplaats]
[E-mailadres]
[Telefoonnummer]

[Naam zorgverzekeraar]
T.a.v. Afdeling Declaraties / Bezwaar
[Adres zorgverzekeraar]
[Postcode en plaats]

[Datum]

Betreft: Verzoek tot herbeoordeling vergoeding niet-gecontracteerde zorg op basis van het hinderpaalcriterium

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij dien ik een verzoek in tot herbeoordeling van de door u vastgestelde vergoeding voor de door mij ontvangen niet-gecontracteerde GGZ-zorg.

Volgens de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mag de vergoeding van een zorgverzekeraar niet zó laag zijn dat dit voor verzekerden een belemmering vormt om voor een bepaalde zorgaanbieder te kiezen (het zogeheten hinderpaalcriterium).

In mijn situatie vormt de huidige vergoeding een substantiële financiële drempel om mijn behandeling te kunnen voortzetten bij mijn huidige zorgverlener, terwijl deze keuze voor mij medisch en persoonlijk noodzakelijk is. Om deze reden verzoek ik u mijn vergoeding opnieuw te beoordelen en te verhogen volgens het hinderpaalcriterium.

Graag ontvang ik van u:
1. Een herbeoordeling van het vergoedingspercentage;
2. Een duidelijke onderbouwing van hoe de vergoeding is vastgesteld;
3. Indien u besluit de vergoeding niet aan te passen: een gemotiveerde afwijzing waarmee ik eventueel verder kan naar de SKGZ.

Ik zie uw reactie graag binnen de daarvoor geldende termijn tegemoet.

Met vriendelijke groet,

[Naam]
[Polisnummer / verzekerdennummer]