



### Offres de paiement échelonné et de services attrayantes

Votre dentiste a décidé de collaborer avec nous, les Deutsche Zahnärztliche Rechenzentren (DZR), afin de pouvoir vous offrir, en sus du meilleur traitement médical possible, un service confidentiel pour tout ce qui concerne la facturation. En tant que patient, vous profitez donc aussi de notre large gamme de prestations.

**Vous faites confiance à votre dentiste et il nous fait confiance !**

### ■ Déclaration de consentement

Notre prise en charge des formalités administratives, comme la facturation, soulage sensiblement votre dentiste. Grâce au temps ainsi épargné, votre dentiste peut se concentrer à 100 % sur l'essentiel de son activité : votre traitement !

Cette collaboration exige le transfert de vos données aux Abz-zr. Votre dentiste n'est autorisé à nous transférer vos données personnelles, malgré le secret médical, qu'avec votre accord écrit.

Nous accordons une très grande importance à la protection et à la sécurité de vos données personnelles.

À cet effet, nous avons pris des mesures radicales de protection des données individuelles.

Veuillez également observer les informations et indications figurant sur le formulaire de déclaration de consentement ainsi que sur la fiche « Informations sur la protection des données individuelles des patients ».

#### Vos avantages :

- Protection complète des données individuelles
- Traitement sûr et confidentiel de vos données personnelles
- Concentration à 100 % du dentiste sur vous et votre traitement

### ■ Service de remboursement

Votre dentiste a établi pour vous un plan thérapeutique - mais votre assurance santé/mutuelle santé privée ne vous accorde malheureusement pas une prise en charge complète ? Ou bien vous avez déjà remis votre facture d'honoraires du dentiste et votre assurance santé privée ou votre organisme d'allocation posent à présent des questions ? Notre équipe d'experts est à votre disposition pour vous donner un soutien individuel personnalisé si vous rencontrez des problèmes de remboursement.

#### Vos avantages :

- Soutien rapide en cas de questions de facturation et de remboursement
- Prise de position individuelle au cas par cas, sur la base de la jurisprudence et de commentaires actuels
- 40 années d'expérience de prestations de remboursement
- Simple et pratique via [www.abz-zr.de/es](http://www.abz-zr.de/es)

#### ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell  
Tél +49 (0)8142 6520-6  
Fax +49 (0)8142 6520-892

E-mail [tzv@abz-zr.de](mailto:tzv@abz-zr.de)  
[www.abz-zr.de/tzv](http://www.abz-zr.de/tzv)

#### Coordonnées bancaires :

DZ BANK AG  
BIC/Swift GENODEFF701  
IBAN DE61 7016 0000 0000 1404 44

#### Gérant :

Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm  
Siège : Gröbenzell | tribunal d'instance cantonal : München HRB 104538

## ■ Report conciliant d'échéance de paiement

Les factures arrivent parfois à un moment très inopportun. Quelles qu'en soient les raisons, les Abz-zr vous offrent la possibilité de régler ultérieurement la facture.

### Vos avantages :

- Convention conclue directement au téléphone, sans bureaucratie fastidieuse
- Conciliant et axé sur le patient
- Simple et rapide sur notre site [www.abz-zr.de/zzv](http://www.abz-zr.de/zzv)



## ■ Souhait de paiement échelonné

En cas de traitement dentaire, les économies peuvent s'avérer douloureuses et chères après quelques années. Questionnez donc votre dentiste sur votre traitement optimal. Nous sommes aux côtés du cabinet en tant que prestataire de services offrant des modèles de paiement échelonné pour votre ticket modérateur.

### Vos avantages :

- Versement mensuel minimum à partir de 25 euros
- Durée contractuelle individuelle jusqu'à 48 mois
- Pour une durée contractuelle totale allant jusqu'à 6 mois, sans intérêt ni frais
- Convention possible d'un différé de mensualité
- Paiements exceptionnels ou remboursement anticipé possibles à tout moment sans frais
- Prise de contact non bureaucratique - en ligne via [www.abz-zr.de/tzv](http://www.abz-zr.de/tzv), par courrier ou directement au téléphone

## Attention !

La traduction de notre formulaire de paiement partiel dans votre langue maternelle est une simple prestation de service. Le droit allemand s'appliquant, nous ne pouvons traiter votre demande de paiement partiel que si vous mettez à notre disposition la demande signée sur le texte original en langue allemande.

Nous vous remercions pour votre compréhension.

Respectez dans ce cas les indications de la page 3.



## Le paiement échelonné est tellement simple

Vous déterminez vous-même le montant des mensualités ou la période de remboursement. C'est vous qui décidez du montant que vous pouvez payer chaque mois. Vous décidez aussi si les différents paiements ont lieu en début ou en milieu du mois.

## Voici comment fonctionne le paiement échelonné sans frais

Si vous payez votre facture en **2 à maximum 6** versements mensuels équivalents, le paiement échelonné ne vous occasionne aucun frais. Ceci à condition que **nous recevions votre demande de paiement échelonné et la première mensualité dans les 30 jours après la date de facture.** En outre, vous devez régler intégralement le montant de la facture sous 6 mois à compter de la date de la facture.

## Durées contractuelles et frais

Dans le cas d'une convention de paiement échelonné ayant une durée de validité totale supérieure à 6 mois à compter de la date de facture, les **frais de financement suivants sont occasionnés :**

<b>Intérêts mensuels :</b>	7–12 mois	0,43 % p. m.*
	13–48 mois	0,63 % p. m.

Les conditions et les frais de financement (intérêts par mois) vous seront communiqués dans la convention de paiement échelonné que vous recevrez séparément. Les intérêts s'appliquent à partir de la date de la facture, sur le montant de la facture en suspens.

\* Le taux d'intérêt suppose une réception du souhait de paiement échelonné sous 30 jours à compter de la date de facture.

Le **versement mensuel minimum** est de 25,- euros, la durée contractuelle maximale est de 48 mois.

**Différé de mensualité :** Pour que vous puissiez surmonter d'éventuelles difficultés financières, nous vous proposons le différé de mensualité gratuit (au maximum une mensualité par année de validité). Une courte notification par écrit suffit.

**Paiements exceptionnels :** À tout moment vous pouvez effectuer, sans frais, des paiements exceptionnels.

**Remboursement avant terme :** La convention de paiement échelonnée peut à tout moment faire l'objet d'un remboursement avant terme, sans frais supplémentaires.

Demandez tout simplement votre offre de paiement échelonné en envoyant votre souhait de paiement échelonné ci-joint ou sur notre site [www.abz-zr.de/tzv](http://www.abz-zr.de/tzv).

## Exemples :

Durée contractuelle/mois à compter de la date de la facture	6 mois (sans frais)	12 mois
Montant de la facture en euros	Mensualités / montant total en euros (arrondi)	
<b>1 000,00</b>	167,00	88,00 / 1 052,00
<b>2 000,00</b>	333,00	176,00 / 2 103,00
<b>5 000,00</b>	833,00	439,00 / 5 258,00
<b>10 000,00</b>	1 667,00	877,00 / 10 519,00
<b>20 000,00</b>	3 333,00	1 753,00 / 21 032,00
<b>Intérêts mensuels</b>	0 %	0,43 %
<b>Intérêts effectifs</b>	0 %	9,85 %
<b>Versement minimum en euros</b>	25,00	25,00

Les intérêts effectifs annuels et le montant de la mensualité minimale dépendent de facteurs individuels, p. ex. de la réception de la 1ère mensualité et de la durée de validité totale (max. 48 mois).

## Paiement à tempérament

## Oui, je souhaite profiter du paiement échelonné !

Dès réception de votre facture, veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer au ABZ-ZR. Prenez en considération que votre souhait de paiement échelonné ne peut être réalisé **qu'en indiquant le numéro de facture ABZ-ZR.**

N° de facture (à indiquer impérativement)  Montant de la facture

Sous quelques jours, vous recevez votre convention de paiement échelonné individuelle. **Veuillez noter :** Il n'est pas possible de regrouper plusieurs factures d'une convention.

## Destinataire de la facture

Prénom/nom de famille

Rue/numéro

Code postal/ville

Date de naissance

N° de téléphone pour d'éventuelles questions

My dental practice

## Please select

 ou 

**le montant du versement mensuel** (au moins 25,- euros)

**la durée contractuelle** (mois) (au maximum 48 mois)

**le début du paiement souhaité/la date du paiement souhaitée**

le 1er du mois

le 15 du mois

J'utilise les services bancaires en ligne et je n'ai ainsi pas besoin de formulaire de virement bancaire.

Lieu/Date

Signature du destinataire de la facture

# Teilzahlungswunsch

## Voici les étapes à suivre :

### Variante 1 :

1. Remplissez ce formulaire dans votre langue (page 2) sur votre ordinateur à l'aide d'Acrobat Reader. Vos données sont automatiquement reprises dans le formulaire en allemand.
2. Imprimez le formulaire en allemand
3. Signez la demande
4. Pliez la feuille en deux, glissez-la dans une enveloppe à fenêtre, déposez-la directement chez votre dentiste ou envoyez-la par la poste à ABZ-ZR

### Variante 2 :

1. Imprimez cette page
2. Remplissez la demande et signez-la
3. Pliez la feuille en deux, glissez-la dans une enveloppe à fenêtre, déposez-la directement chez votre dentiste ou envoyez-la par la poste à ABZ-ZR

## Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an ABZ-ZR senden. Bedenken Sie, dass Ihr Teilzahlungswunsch **nur in Verbindung mit der ABZ-ZR-Rechnungsnummer** bearbeitet werden kann.

Rg.-Nr.(n) (bitte unbedingt angeben)      Rechnungsbetrag

Innerhalb weniger Tage erhalten Sie Ihre individuelle Teilzahlungsvereinbarung. **Bitte beachten Sie:** Es ist nicht möglich, mehrere Rechnungen in einer Vereinbarung zusammenzufassen.

## Rechnungsempfänger

Vorname/Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon-Nr. für Rückfragen

Meine Zahnarztpraxis

## Bitte wählen Sie

 oder 

**die Höhe der Monatsrate**  
(mind. 25,- Euro monatlich)

**die Laufzeit** (in Monaten)  
(maximal 48 Monate)

**und den gewünschten Zahlungsbeginn/Zahlungstermin:**

zum 01. eines Monats

zum 15. eines Monats

Ich nutze Online-Banking und benötige daher keine Überweisungsträger.

Ort/Datum

Unterschrift des Rechnungsempfängers

**ABZ**  
Zahnärztliches Rechenzentrum  
für Bayern GmbH  
**Patienten-Service**  
Postfach 14 54  
82182 Gröbenzell