

خدماتنا التي نقدمها لك



عروض تقسيط، وعروض خدمات جذابة

قرر طبيب أسنانك التعاون معنا، المركز الألماني لحسابات أطباء الأسنان (DZR)، لكي تتمكن من تقديم أفضل علاج طبي ممكن لك، وأيضًا لتقديم خدمة جديرة بالثقة فيما يتعلق بالحسابات. وبذلك فأنت بصفتك مريض تنتفع بخدماتنا الشاملة.

أنت تثق بطبيب أسنانك، وهو بدوره يثق بنا!

إقرار بالموافقة

يتم تخفيف المهام الإدارية الواقعة على عاتق طبيب الأسنان الخاص بك عند إجراء عملية الحساب من قبلنا. وبفضل الوقت الذي يتم توفيره، يستطيع طبيب أسنانك أن يُركز بنسبة 100% على مهام عمله الرئيسية: علاجك!

ويلزم لإتمام هذا التعاون نقل بياناتك إلى المركز الألماني لحسابات أطباء الأسنان (DZR). وجدير بالذكر أن طبيب أسنانك لا يستطيع نقل بياناتك الشخصية إلينا دون موافقتك الكتابية، على الرغم من الالتزام بالأخلاق المهنية الطبية.

حماية وأمان بياناتك الشخصية تعتبر أمرًا هامًا للغاية بالنسبة لنا، وهو أمر نأخذه على محمل الجد. ولذلك فقد قمنا باتخاذ تدابير حماية البيانات الشاملة.

يُرجى مراعاة المعلومات الإضافية والملاحظات المذكورة في استمارة إعلان الموافقة، وفي المنشور المسمى "المعلومات الخاصة بحماية بيانات المرضى".

مميزات ذلك:

- تدابير حماية البيانات الشاملة
- التعامل الآمن، والموثوق به مع بياناتك الشخصية
- تركيز طبيب الأسنان بنسبة 100% عليك وعلى علاجك

خدمة التعويضات

لقد أعد طبيب أسنانك خطة علاجية خاصة بك - ولكن التأمين الصحي / التأمين التكميلي الخاص بك لم يعطك لسوء الحظ موافقة على تحمل المصروفات بأكملها؟ أو هل قمت بالفعل بتقديم فاتورة الأسنان الخاصة بك ولديك الآن أسئلة تجاه التأمين الصحي الخاص بك أو تجاه هيئة تقديم المساعدة؟ في حالة وجود مشاكل في تعويض المصروفات، فإنك تحصل من قبل فريق الخبراء لدينا على المساعدة والدعم الفردي.

مميزات ذلك:

- الدعم السريع في قضايا حساب التكاليف والتعويضات
- أراء فردية، وموجهة للقضايا بناءً على التعليقات وأحكام المحكمة الحالية
- خبرة تمتد لـ ٤٠ عامًا في خدمات التعويض
- ببساطة وبمنتهى الهدوء عبر المواقع www.dzr.de/es

الرغبة في الدفع على أقساط
التحويل عبر الإنترنت عبر
www.dzr.de/tzv

مركز حسابات أطباء الأسنان الألمان
DZR ش.ذ.م.م.
فرع هانز
خدمات المرضى
صندوق بريد 10 68 40
20045 Hamburg

مركز حسابات أطباء الأسنان الألمان
DZR ش.ذ.م.م.

فرع هانز
صندوق بريد 10 68 40 | 20045 هامبورغ
هاتف +49 (0)40 8090307-5050
تليفاكس +49 (0)40 8090307-5070

البريد الإلكتروني info.hh@dzr.de
www.dzr.de/tzv

الحساب البنكي
HSBC Trinkaus & Burkhardt AG
BIC TUBDDE33XXX
IBAN DE18 3003 0880 0500 5390 11

المدير التنفيذي
Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer
المقر والمحكمة الابتدائية: Stuttgart HRB 6658

www.dzr.de

تمديد فترة الدفع المُستحق

الفواتير في بعض الأحيان تكون غير مُناسبة للغاية. مهما كانت الأسباب،

فإن المركز الألماني لحسابات أطباء الأسنان (DZR) يوفر لك الفرصة لتسديد

الفاتورة في وقت لاحق.

مميزات ذلك:

- تحديد الموعد مباشرة عبر الهاتف دون أعمال بيروقراطية غير ضرورية
- منصف وموجه لمصلحة المريض
- ببساطة وبسرعة عبر صفحتنا الرئيسية

www.dzr.de/zzv



■ الرغبة في الدفع على أقساط

توفر نفقات علاج أسنانك قد يُصبح في غضون بعض سنوات مؤلماً ومُكلفاً للغاية.

ومن ثم يُرجى سؤال طبيب /طبيبة أسنانك على سُبُل العلاج المُثلى. معنا، يكون لدى

العيادة مُقدم خدمات يعمل لديها، والذي يقدم نماذج دفع بالتقسيط جذابة لدفع المبالغ

المستحقة عليك.

مميزات ذلك:

- الحد الأدنى من الأقساط الشهرية يبدأ من 25 يورو
- فترات فردية تصل إلى 48 شهراً
- بفترة إجمالية تصل إلى 6 أشهر خالية من الفوائد والرسوم
- من الممكن الاتفاق علىتأجيل الأقساط
- الدفع الاستثنائي أو الجدولة المُبكرة ممكنة في أي وقت مجاناً
- عملية تواصل دون أي بيروقراطية – عبرة الإنترنت على الرابط www.dzr.de/tzv، عبر البريد أو مباشرة عبر الهاتف

يرجى ملاحظة

أن ترجمة نموذج الطلب الخاص بنا إلى لغتك الأم هي خدمة تطوعية من جانبنا. وفقاً للقانون الألماني، لا يمكننا معالجة طلب الدفع الجزئي الخاص بك إلا إذا قدمت لنا الطلب الموقَّع على الأصل الألماني.

نود شكرك على تفهمك في هذا الأمر.

يرجى ملاحظة التعليمات في الصفحة 3.



التقسيط يتم بهذه البساطة

أنت بنفسك من تُقرر قيمة الأقساط أو مدتها. وبذلك يكون الأمر في متناول يدك

لتحديد قيمة المبالغ الشهرية المطلوب منك دفعها. وأنت من تقرر إذا كانت الأقساط

الفردية ستكون مُستحقة السداد في بداية الشهر أم في منتصف الشهر.

وبذلك يتم الدفع على أقساط مجاناً

إذا دفعت فاتورتك على **2 إلى 6** أقساط شهرية متساوية كحد أقصى، **فَلن نتحمل أي**

تكاليف خاصة بالدفع على أقساط. ويشترط لذلك أن يتم استلام **طلب تقسيط الدفع**

وسداد الدفعة الأولى من جانبنا في غضون 30 يومًا من تاريخ الفاتورة. بالإضافة

إلى ذلك، يجب دفع مبلغ الفاتورة بالكامل في غضون 6 أشهر من تاريخ الفاتورة.

الفترات والتكاليف

في حالة الاتفاق على الدفع على أقساط بفترة تزيد عن 6 أشهر بدءًا من تاريخ

الفاتورة تكون **المصروفات المالية التالية مُستحقة:**

الفوائد عن كل شهر:	7–12 شهرًا	0,43% . لكل شهر*
	13–48 شهرًا	0,63% . لكل شهر*

سيتم تحديد شروط وتكاليف التمويل (الفائدة شهريًا) في اتفاقية التقسيط التي سيتم إرسالها لك بشكل منفصل – سيتم خصم الفائدة من مبلغ الفاتورة في تاريخ الفاتورة.
* يكون سعر الفائدة مُستحق عند تقديم طلب لتقسيط الدفع خلال 30 يومًا من تاريخ الفاتورة.

الحد الأدنى للقسط الشهري يبلغ 25، – يورو وأطول فترة سداد تبلغ 48 شهرًا.

تأجيل الأقساط: ولكي تتمكن من التغلب على أي تعثر مالي، فإننا نقدم لك خدمة تأجيل الأقساط المجانية (بمعدل قسط واحد لكل سنة). تكفي رسالة قصيرة مكتوبة.
الدفع الاستثنائي: يُمكنك إجراء عمليات الدفع الاستثنائية مجانًا في أي وقت.

إعادة الجدولة المُبكرة: يُمكن الاتفاق على تأجيل الدفع على أقساط مُبكّرًا ودون أي مصروفات إضافية.

يمكنك طلب عرض التقسيط الخاص بك مع طلب الدفع بالتقسيط أو الحصول عليه من الرابط **www.dzr.de/tzv**.

أمثلة:

الفترة /الشهور بدءًا من تاريخ التسجيل	6 أشهر (دون مصروفات)	12 شهرًا
قيمة الفاتورة باليورو	القسط الشهري / المبلغ الإجمالي باليورو (مبلغ تقريبي)	
1.000، –	167، –	88، / 1.052، –
2.000، –	333، –	176، / 2.103، –
5.000 –	833، –	439، / 5.258، –
10.000، –	1.667، –	877، / 10.516، –
20.000، –	3.333، –	1.753، / 21.032، –
الفوائد عن كل شهر	0%	0,43%
الفائدة المركبة أدنى قسط باليورو	0%	9,85%
	25، –	25، –
يعتمد معدل الفائدة المركبة السنوي ومستوى الحد الأدنى من الأقساط على عوامل فردية، على سبيل المثال، باستحقاق القسط الأول. وإجمالي فترة السداد (بعد أقصى 48 شهرًا).		

الرغبة في الدفع على أقساط

نعم أود الانتفاع

بالدفع على مراحل!

يُرجى ملاء هذا النموذج بعد الحصول على الفاتورة مباشرة وإرساله إلى المركز الألماني لحسابات أطباء الأسنان DZR. ضع في اعتيارك أنه لا يمكن معالجة طلب تقسيط الدفع إلا **مع في حالة وجود رقم فاتورة المركز الألماني** لحسابات أطباء الأسنان (DZR).

رقم التسجيل (أرقام التسجيل) **(يجب ذكرها دائمًا)** مبلغ الفاتورة
في غضون أيام قليلة ستلقى اتفاقية التقسيط الفردية الخاصة بك.

من فضل قم **بملاحظة:** لا يُمكن الجمع بين عدة فواتير في اتفاق واحد.

مُستلم الفاتورة

الاسم الأول / اللقب

الشارع/رقم المنزل.

الرقم البريدي / المكان

تاريخ الميلاد

رقم الهاتف للأستلة

عيادة طبيب الأسنان الخاص بي

من فضلك قم بالاختيار

		أو	

قيمة القسط الشهري (بالشهور)
(بعد أدنى 25 – يورو شهريًا)
المدّة (بالشهور) (بعد أقصى 48 شهرًا)

وبداية **الدفع / موعد الدفع المختار:**

حتى يوم 1 في الشهر

حتى يوم 15 في الشهر

أنا استخدم التعاملات البنكية عبر الإنترنت، ومن ثم لا أحتاج إلى متعهد لتحويل الأموال.

المكان / التاريخ

توقيع متلقي الفاتورة

Teilzahlungswunsch

يرجى المتابعة على النحو التالي:

الخيار 1:

1. قم بتعبئة النموذج بلغتك (الصفحة 2) على جهاز الكمبيوتر باستخدام برنامج Acrobat Reader. سيتم إدخال بياناتك تلقائيًا في النموذج الألماني.

2. يرجى طباعة النموذج الألماني.

3. وقّع على الطلب.

4. قم بطي الصفحة مرتين، وضعها في ظرف بريدي وقم بتسليمها مباشرةً إلى طبيب الأسنان الخاص بك أو أرسلها إلى DZR عن طريق البريد.

الخيار 2:

1. اطبع هذه الصفحة.

2. قم بتعبئة الطلب وتوقيعه.

3. قم بطي الصفحة مرتين، وضعها في ظرف بريدي وقم بتسليمها مباشرةً إلى طبيب الأسنان الخاص بك أو أرسلها إلى DZR عن طريق البريد.

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an DZR senden. Bedenken Sie, dass Ihr Teilzahlungswunsch **nur in Verbindung mit der DZR-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

DZR Deutsches Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Hanseatische Niederlassung
Patienten-Service
Postfach 10 68 40
20045 Hamburg