



## عروض سداد وخدمة جذابة

خدماتنا  
المزايا

**DZR**

DZR-S\_TZV\_V12 06/24



مركز DZR Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
صندوق بريد 70014 Stuttgart | 10 15 44  
هاتف 0711 99373-4000  
تليفاكس 0711 99373-4030  
بريد إلكتروني info.stgt@dzr.de  
www.dzr.de/tzv

الحساب البنكي  
بنك APO  
BIC DAAEDEDXXX  
IBAN DE45 3006 0601 0006 6611 14

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

[www.dzr.de](http://www.dzr.de)

نطبع على ورق حاصل على شهادة PEFC بنسبة 100%.

## حول .Happy

نقدم لك كل ما يخص الموضوع  
الحساب - خدمات متكاملة،  
خدمة موثوق بها.

ثق بطبيب أسنانك.  
فهو يثق بنا.

## استمارة التصريح بالموافقة



يقوم طبيب أسنانك أو طبيبة أسنانك بتخفيف العبء عنك بشكل ملحوظ من خلال المحاسبة عن طريقنا في إطار مهامه/مهامها التنفيذية. ومن خلال توفير الوقت، يتم التركيز التام على علاجك!

وللتعاون يلزم إرسال بياناتك إلى مركز DZR. ويقوم طبيب أسنانك أو طبيبة أسنانك بإرسال بياناتك الشخصية على الرغم من خصوصية المريض فقط وفق موافقة خطية من طرفك.

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

الرجاء مراعاة المعلومات والإرشادات الأخرى الواردة باستمارة التصريح بالموافقة وكذلك ورقة المعلومات "معلومات حول حماية بيانات المرضى".

### المزايا

- « تدابير شاملة لحماية البيانات
- « تعامل آمن وموثوق به مع بياناتك الشخصية
- « 100% تركيز من قبل طبيب الأسنان أو طبيبة الأسنان على علاجك

طلب تقسيط الدفع  
أونلاين على

[dzr.de/tzv](http://dzr.de/tzv)

مركز DZR Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
خدمات المرضى  
صندوق بريد 70014 Stuttgart  
10 15 44



## تمديد تاريخ السداد بشكل ملائم

الحسابات مزعجة أحياناً. ما أسباب ذلك، يتيح لك مركز DZR إمكانية سداد الحساب في وقت لاحق.

### المزايا

- « الاتفاق مباشرة عبر الهاتف، دون إجراءات روتينية غير ضرورية
- « ملائمة وموجهة للمريض
- « بسيطة وسريعة عبر صفحتنا الرئيسية [www.dzr.de/zzv](http://www.dzr.de/zzv)



## خدمة الاسترداد

لقد قمت بتقديم حساب طبيب أسنانك، والآن هناك استفسارات من شركة التأمين الخاصة بك أو متعهد الرعاية الخاص بك؟ نقوم بدعمك في هذا، كي تستغل أنت أو طبيب أسنانك أو طبيبة أسنانك وقتاً أقل.

ويتيح لك فريق الخبراء التابع لنا بكل سرور أسباب العلاج المنفذ لتقديمه إلى شركة التأمين الخاص بك، وعند الضرورة بالتوافق مع طبيب أسنانك أو طبيبة أسنانك. ونحن نعتبر ذلك ضمن الخدمة الموجهة للمريض.

### المزايا

- « دعم سريع عند المحاسبة واستفسارات الاسترداد
- « إجابات فردية ومخصصة على أساس أحكام قضائية وتعليقات حالية
- « خبرة 40 عاماً في مجال خدمة الاسترداد
- « بكل بساطة وراحة عبر [www.dzr.de/es](http://www.dzr.de/es)



## طلب تقسيط الدفع

توفر نفقات علاج أسنانك قد يُصبح في غضون بعض سنوات مؤلماً ومُكلفاً للغاية. لذلك استفسر لدى طبيب أسنانك أو طبيبة أسنانك عن الرعاية الصحية المثالية. معنا، يكون لدى العيادة مُقدم خدمات يعمل لديها، والذي يقدم نماذج دفع بالتقسيط جذابة لدفع المبالغ المستحقة عليك.



### المزايا

- « أقل قسط شهري بدءاً من 25 يورو
- « فترات سداد مخصصة حتى 6 سنوات
- « تكون فترة السداد الإجمالية حتى 6 أشهر دون فائدة ودون مصاريف
- « قد يكون تأجيل سداد الأقساط، عمليات الدفع الاستثنائية أو التأجيل المبكر للأقساط دون مصاريف في أي وقت
- « عملية تقسيط الدفع غير الروتينية – أونلاين عبر [www.dzr.de/tzv](http://www.dzr.de/tzv) أو عبر البريد أو بكل بساطة عبر الهاتف

### سداد الأقساط بكل سهولة ويسر

أنت وحدك من يحدد قيمة الأقساط أو فترة السداد. 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 سداد الأقساط مجاناً

وطالما تقوم بسداد حسابك على 2 قسط أو 6 أقساط شهرية بقيمة متساوية، فلن تنشأ أي مصاريف من جراء سداد الأقساط. ويشترط لذلك أن يتم استلام طلب تقسيط الدفع وسداد الدفعة الأولى من جانبنا في غضون 30 يوماً من تاريخ الفاتورة. بالإضافة إلى ذلك، يجب دفع مبلغ الفاتورة بالكامل في غضون 6 أشهر من تاريخ الفاتورة.



### ةظحالم ي جري

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 الموقع على الأصل الألماني.

نود شكرك على تفهمك في هذا الأمر.

يرجى ملاحظة التعليقات في الصفحة 3.

### فترات السداد والتكاليف

في حال الاتفاق على تقسيط الدفع، تنشأ مصاريف التمويل التالية اعتماداً على فترة السداد الإجمالية – محسوبة بدءاً من تاريخ الحساب:

الفوائد لكل شهر:	
1-6 شهراً	0,00 % لكل شهر.*
7-12 شهراً	0,43 % لكل شهر.*
13-48 شهراً	0,63 % لكل شهر.*
49-72 شهراً	0,65 % لكل شهر.*

سيتم تحديد شروط وتكاليف التمويل (الفائدة شهرياً) في مُقترح التقسيط الذي سيتم إرساله لك بشكل منفصل - سيتم خصم الفائدة من مبلغ الفاتورة في تاريخ الفاتورة.\*  
ويحدد معدل الفائدة بداية طلب تقسيط الدفع خلال 30 يوماً من تاريخ الحساب.

**أقل فائدة شهرية: -25 يورو**  
**أقصى فترة سداد: 6 أعوام**

**عمليات الدفع الاستثنائية**  
يُمكنك إجراء عمليات الدفع الاستثنائية مجاناً في أي وقت.

### أمثلة

مدة السداد/الأشهر بدءاً من تاريخ الحساب	6 أشهر (دون مصاريف)	12 شهراً
مبلغ الحساب باليورو	القسط الشهري / المبلغ الإجمالي باليورو (مبلغ تقريبي)	
1.000,-	167,- / 88,-	1.052,- / 88,-
2.000,-	333,- / 176,-	2.103,- / 176,-
5.000,-	833,- / 439,-	5.258,- / 439,-
10.000,-	1.667,- / 877,-	10.516,- / 877,-
20.000,-	3.333,- / 1.753,-	21.032,- / 1.753,-
الفوائد لكل شهر	0 %	0,43 %
المعدل الفعال	0 %	9,85 %
أقل فائدة باليورو	25,-	25,-

ترتبط الفائدة الفعلية وقيمة أقل فائدة على عوامل معينة، مثل بداية القسط الأول. وفترة السداد الإجمالية (6 سنوات بحد أقصى).

نعم، أريد تلقي مُقترح دفع جزئي!



الرجاء ملء هذه الاستمارة فور استلامك للحساب وإرسالها لمركز DZR. تذكر أنه سيستنى معالجة طلب تقسيط الدفع الخاص بك فقط بالارتباط برقم حساب مركز DZR.

رقم (أرقام) الحساب (الرجاء يُترجم) مبلغ الحساب  
سننتقل في خلال أيام قليلة مُقترحاً لاتفاقية الدفع الجزئي الفردية الخاصة بك. الرجاء مراعاة: سنعذر ضم حسابات متعددة في اتفاق واحد.

### مستلم أو مستلمة الحساب

الاسم الأول/الاسم  
الشارع/رقم المنزل.  
الرقم البريدي/المكان

تاريخ الميلاد  
الرقم الهاتفي للاستفسارات  
عيادة طبيب الأسنان الخاص بي

### الرجاء اختيار

قيمة القسط الشهري (على الأقل -25 يورو شهرياً)  
فترة السداد (في الأشهر) (بحد أقصى 72 شهراً)  
أو

### بداية السداد/موعد السداد المرغوب به

حتى يوم 01 من الشهر  
 حتى يوم 15 من الشهر

المكان/التاريخ  
توقيع مستلم أو مستلمة الحساب

## 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 einen Teilzahlungsvorschlag erhalten!

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

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

In wenigen Tagen erhalten Sie einen Vorschlag für Ihre individuelle Teilzahlungsvereinbarung. **Bitte beachten Sie:** Es ist nicht möglich, mehrere Rechnungen in einer Vereinbarung zusammenzufassen.

### Rechnungsempfängerin oder Rechnungsempfänger

Vorname / Name

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer für Rückfragen

Meine Zahnarztpraxis

### Bitte wählen Sie

 oder 

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

die Laufzeit (in Monaten)  
(maximal 72 Monate)

### Gewünschter Zahlungsbeginn/-termin

zum 01. eines Monats

zum 15. eines Monats

Ort/Datum

Unterschrift der Rechnungsempfängerin  
oder des Rechnungsempfängers

DZR Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
Patienten-Service  
Postfach 10 15 44  
70014 Stuttgart