**时代天使**®**无托槽隐形矫治**

**sdsd 病例分析报告**

尊敬的 **${Value2}** 医生：您好！

我公司已收到您的患者 **${Value3}** 的阶段反馈病例资料，经过详细分析，现将相关事项告知如下：

|  |
| --- |
| **分析报告内容：** |
| 1. 我司方案设计为拔除下颌41，但实际临床拔除了31，故造成矫治器无法就位。 |
| 1. 现矫治器无法就位，我司需重新扫描建立三维数字化模型。 |
|  |

**★：经综合分析判断以上情况为“非公司原因导致重新设计的病例”请您参照“时代天使收费标准”**

**时代天使无托槽隐形矫治器收费确认单**

**★：此表请务必签字回传至我公司（可通过传真、邮寄或电子邮件），以免影响矫治器加工**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医生姓名 | \*\*\* | 患者姓名 | \*\* |
| 医疗机构 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | |

1. **本病例加工费合计： \_\_\_\_ 元（人民币）**

**其中：本病例加工费金额 元，体验矫治器费用 元，本病例加急费 元。**

**提示：3000元设计费用包含在产品价格中，如制作3D方案不生产矫治器，付费3000元。**

1. **公司帐户：**

**1、民生银行：**

**帐户名称：上海时代天使医疗器械有限公司**

**帐号：0201014180005354**

**银行：中国民生银行上海分行营业部**

**2、中国银行：**

**帐户名称：上海时代天使医疗器械有限公司**

**帐号：442966388053**

**银行：中国银行上海市创智天地科技园支行**

**提示：以上由帐户任选其一打款均有效，付款时请在附言中注明患者姓名和医疗机构名称**

1. **加工矫治器意见（您在iOrtho软件确认3D设计方案以后，我司开始加工矫治器）**

**医生签名： 日期：**

1. **温馨提示：**

**尊敬的医生：**若发生以下情况，公司将按与您或所在单位签署的《临床使用授权合同》（含报价单等附件）约定的“时代天使收费标准”**另行收取相应费用：**

1. 非公司原因导致重新3D设计及重新加工矫治器病例；
2. 非公司原因导致矫治器佩戴不贴合，丢失、损坏等；
3. **临床按时反馈提示：**患者的依从性是保证矫治效果的重要因素之一，临床医生需督促患者配合二周一步坚持佩戴，每次发货的矫治器最后一步佩戴结束，临床医生需按公司提供的“临床反馈表”的要求提供相应病例资料，以确认矫治效果；如临床医生超过半年无反馈，公司将视同该病例已完成矫治 。

**上海时代天使医疗器械有限公司**

2014-XX