

File No#: 1000033 Date: 2/11/2017  
اسم المريض:  
Patient Name: Sara Faris  
Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/8/1988  
Occupation (الوظيفة): Admin  
Nationality (الجنسية): Jordanian  
Phone No. (رقم الهاتف): 050/6779012  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Contact Person in Case of Emergency:  
050/8670286

How Did You Know About Us?  
Friends - dr.yamof

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟  
1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
- 2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
- 3- قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار Sometimes burns, always tans
- 4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
- 5- بشرة داكنة السمرة

- 2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم Keloids
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟  
نعم  لا
- 6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم  لا
- 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

قبل فترة طويلة *More than 6 months*

- 8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم  لا  متى كان آخر استخدام لها؟
- 9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم  لا
- 10- هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم  لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حالياً؟

*Nothing*

- 12- هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقاً؟ نعم  لا

للنساء:

- 13- هل انت حامل؟ نعم  لا

- 14- هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم  لا

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا سارة خادي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch

■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربوني يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستطيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكاف و زيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

- . إزالة الوشم بالليزر.
- . الأورام الصبغية.
- . تشقير الشعر.
- . إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)
- . بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

- . تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.
- . الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت, تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط, تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة, الم كدمات, التهاب ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عيناوي مغلقان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة, وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض: لسارة فارس

التوقيع:



File No#: 1000033 Date: 21/12/2017  
 Patient Name: Samir Samir Gender (الجنس): M / F  
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/6/88 Occupation (الوظيفة):  
 Nationality (الجنسية): Jordanian Phone No. (أرقام الهاتف): 0566774017  
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
 Contact Person in Case of Emergency: Osama / 8670886  
 How Did You Know About Us? Hindi - Instagram

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No لا/نعم	No
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطي من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممتنع للحمل؟ هل متعنتين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	
CMS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطي من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطي من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...etc	Yes/No لا/نعم	No

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient Name: Sara Faris اسم المريض: \_\_\_\_\_

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/8/1988 Gender (الجنس): M / F

How Did You Know About Us? .....

Weight: 73 Height: 164 Blood Type: B+

Marital Status: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: Regular check up

السجل الطبي Medical History

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_



مركز اوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

Radiography: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examination : Poor Oral Hygiene / Stains

Diagnosis: Gingivitis / Discoloration

### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

### نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:





For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 100033 Date: 11/12/17

Patient Name: Sara Feiris اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): Gender (الجنس): M /  F

Weight: Height: Blood Type:

Marital Status: Married \*How did u know about us? Dr. Yehood  
Chief Complaint: chest pain for one day

السجل الطبي Medical History

Diseases: Medication: /

Allergies: Pregnancy: /

Hospitalization: Family History: /

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks:

Clinical Findings: Bp 110/60 , pulse 92  
chest clear

**DOCTOR NOTE**

### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:



### نموذج إقرار طبي

• أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

• اتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

• وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

• أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

• اتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين تنتج العلاج كما اتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• اتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

• إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية سنتقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

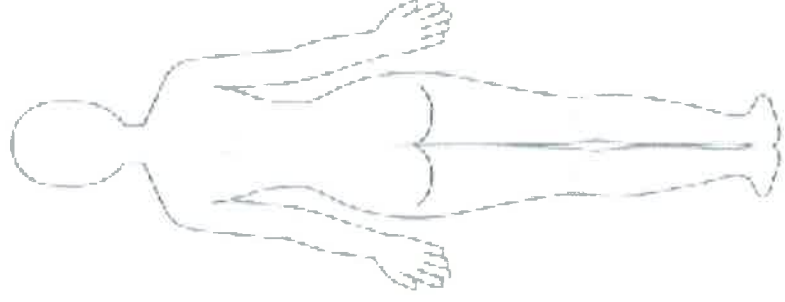
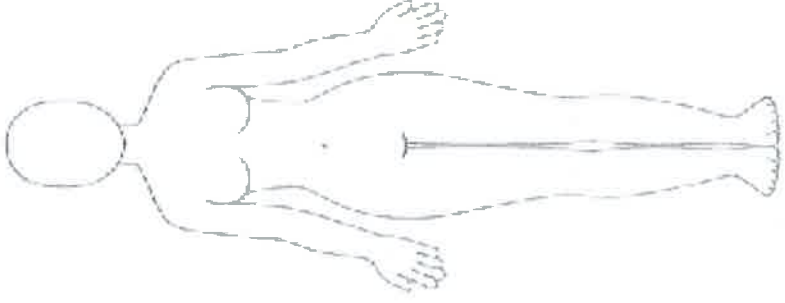
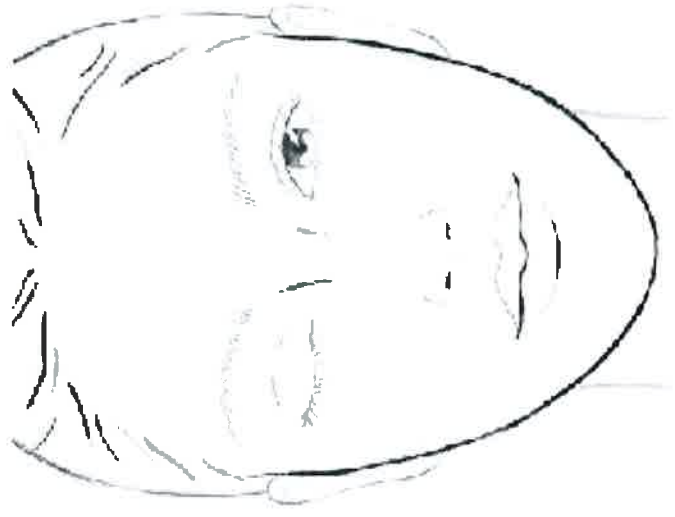
توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



Patient's Name: Sara Farsi ..... اسم المريض .....  
File Number: ..... رقم الملف .....  
Pain Relief given? Yes / No ..... 1.0.0.0.3.3 .....  
Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/05/20					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Alex					
Mode	8J/10ms					
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	B. low					
Starting Time	18:15ms					
Finish Time						
Post Treatment	9:30pm					

Therapist Name and Signature .....

Patient's Name: SARA FARIS.

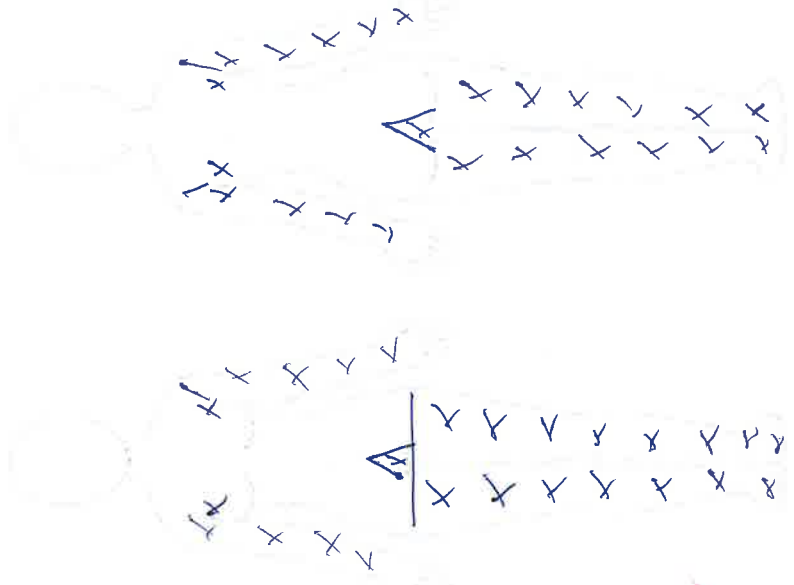
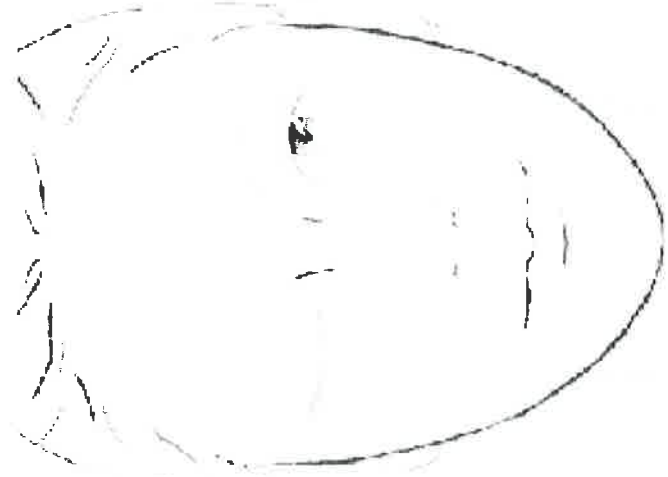
إسم المريض

File Number: 1006033.

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Caudlela.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/4/19.	18/5/19.	19/10/19.	8/1/20	8/2/20.	4/3/20
Treatment Area	Full BODY	Full body	Same.	Same	Same	Full body
Hair Type	M/DARK.	Soft Dark.	Med/Dark.	Thin.	Soft/D	Soft/D
Mode	ALEX	Alex	Alex.	Alex(20)	Alex(20)	7J/3ms
Fluence	8/10-15	8/10-12	8J/12-13.	8-9J/9.5	8-9/10.5	Bikini
Pulse Type	Bikini N/A	Bikini	8J/12-13.	8-9J/9.5	Bikini up	7J/3ms
CNT Pulse	120/118.	12/20	YAY. Bikini 7J/14	20. min. 40A	Bikini up	7J/3ms
Passes	(20 spot)	Spot do	1	10/150ms innde: 15/16ms	1 pass.	1 pass.
Starting Time	5.30 PM	4 PM	7 PM	(16 min)	YAY. 20	6 PM
Finish Time	6.30 PM	5 PM	8 PM	4.5	3.00 PM	7 PM
Post Treatment	MEDRY FACICORT	Beeno.		7.9.~	4.30 PM	Pass

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003231)

Date:04-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000033 - sara Faris - 971506779012

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 735.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-04-2019

Being FULL BODY + VAT

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000033 - sara Faris - 971506779012

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003713)

Date:18-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000033 - sara Faris - 971506779012

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **735.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-05-2019

Being **FULL BODY LHR + VAT**

Made by **Hiba**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000033 - sara Faris - 971506779012

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005580)

Date:19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000033 - sara Faris - 971506779012

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 300.00 / By Credit Card 382.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-10-2019

Being FULL BODY (HR) + VAT ( DISCOUNT FROM DR YANOOF )

Made by Hiba

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000033 - sara Faris - 971506779012

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007526)

Date: 08-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000033 - sara Faris - 971506779012

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 630.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-02-2020

Being 1 session full body + vat

Made by Reem

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000033 - sara Faris - 971506779012

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006973)

Date:08-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000033 - sara Faris - 971506779012

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 682.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-01-2020

Being FULL BODY + VAT

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000033 - sara Faris - 971506779012

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)