

File No#: 1000206 Date: 18/02/2018
اسم المريض:

Patient Name: Ahmed Souini

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 4/16/1981 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Tunisian Occupation (الوظيفة): Sales

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 050-1659118

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Throu Friends

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	Nexium
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	No
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	Yes Co tam-yin Yes Sephalosprin
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	No
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	No
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميونات الدم؟	Yes/No نعم / لا	No
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، وليميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	No
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	No
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	No
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حمله؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	No
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	No
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	No
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	No
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتا، فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم / لا	No

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Needs crown for
over teeth

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____

Hospitalization: _____ Pregnancy: _____

Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings:

Radiography:

Examination :

Diagnosis:

Over sized Filling that needs
to be protected by crown

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 التخصيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

و أنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتك 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:



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة قيادة

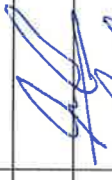




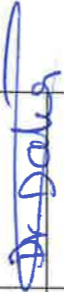


رقم الرخصة 1114636
الاسم احمد بن رشيد الجويني
الجنسية تونس
تاريخ الميلاد 04/06/1981
تاريخ الاصدار 02/11/2006
تاريخ الانتهاء 02/11/2026
جهة الاصدار دبي

سلطة الترخيص
ra3763
Issuing Authority


Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
18/4/2018	Preparation for Crown 7	900		
	Scaling & Polishing	200		
25/4/2018	Cementation of crown total 7	1100	0	
5/12/2018	- Follow up Crown Fall down & Lost by the patient gingiva around the metal 7 is so inflamed			
	- Preparation of 7			
	and impression	800		
	and bite			
16/12/2018				
	Cementation of 7 crown Zirconia			

Pre-Authorization Request Form

Please fax to Medical Claims Section - Fax : 04-2384721 / 04-2384623
For PreAuthorization Enquiries please contact : 8006626 (24hr. HELPLINE)
Email: medpar@tameer.ae or Visit our website at www.oicem.com
(Please PRINT or FILL IN BLOCK LETTERS)

PAR NO. :	Date :
Provider Name : <u>Orchid Medical Center</u>	Contact Person :
Tel. No. : <u>06 5558337</u>	Fax No. :
E-mail : <u>Info@OMC1.AE</u>	
Patient's Name : <u>AHMED JOUNI</u>	OIC Card No. <u>B1-6000-0182-0033</u>
Mobile Number <u>050-1659181</u>	Hospital File No
Main Complaints & Duration : <u>Bleeding gums (long lasting)</u> <u>loosened Pair in lower right quadrant</u>	
Diagnosis : <u>1) Gingivitis 2) Partial loss of teeth Due to series CT</u>	
Dates of Previous Treatment / Consultation for this Disability :	
Proposed Date of Admission (if applicable) :	
Approval Requested for :	
a) In-Hospital ~ Admission	<input type="checkbox"/> Surgery
d) Out-Patient ~ Surgery	<input type="checkbox"/> b) CT Scan <input type="checkbox"/>
f) Others (Please Specify) :	e) Physiotherapy <input type="checkbox"/> No. of Sessions : <input type="checkbox"/>
g) Specify - Emergency : (Yes / No) _____	If Yes, state Date of Admission : _____
(Please attach detailed medical report with clinical findings wherever applicable)	
Estimated Cost	
Room Charges : _____ Days @ Dhs. _____	Total : _____
Physician / Surgeon :	
Operation Theatre :	
Anaesthesia :	
Investigations :	
Consumables :	
Pharmaceuticals :	
Others (Please Specify) :	
TOTAL (Dhs.) : _____	
(Please provide complete details of the above costs on your invoice)	
Attending Doctor's Name : <u>Dr. Abdelhakim AlMoaday</u>	Dr. Stamp & Signature :
 Dr. Abdelhakim AlMoaday General Practitioner Dentist MOP License No.: D38021 مركز اوركيب الطبي Orchid Medical Centre	
FOR OIC USE ONLY	
OIC Decision :	Attended by :
As per Reasonable & Customary Charges:	Signed : _____
(ANY APPROVAL IS SUBJECT TO POLICY TERMS & CONDITIONS & VALID OIC HEALTHCARD)	Date : _____
Patient's Signature (after completion of treatment) :	Date :

N.B : Validity : Pre-Authorization should not be sought before 7 days of planned treatment
Note : Copy of Pre-Authorization to be attached while submitting the claim.



Medical Authorization Centre : +971 800 6626
Toll Free Call Centre: +971 800 4746
Tel.: +971 4 230 2700
Fax: +971 4 238 4769

شركة بحمات للتأمين (ف.م.ع.)
Oman Insurance Company (P.S.C.)

Claim Form - Direct Billing - Outpatient

Claim Form Number: _____
Section 1 - Provider Name and Code (to be completed by administrator/physician)
Provider Name: ORCHID MEDICAL CENTRE Provider Code: _____

Section 2 - Member's/Patient's Details (to be completed by administrator/physician)
Card No. BL6000-01820033 Date of Birth (DD MM YYYY): 04 06 1981
Patient's Name (as it appears on the card) AHMED JOUNI Gender: Male Female
Telephone No. 0501659181
Medical Record No. _____

Section 3 - Service Information (to be completed by administrator/physician)
Reason for visit Emergency Road traffic accident Work related accident
 New visit Follow up Referral
If referral please specify source: _____

Section 4 - Medical Section (to be completed by treating doctor)
Presenting complaint and onset: Bleeding Gingiva
Localized Pain in right lower area
Date of first consultation with any practitioner for this/these condition(s) (if applicable) (DD MM YYYY): _____
Clinical findings: Big Filling & Broken Tooth
Gingivitis Bleeding Gingiva / Redness
 Maternity Acute Chronic Congenital
How long has the patient been aware of the complaint? _____
(If maternity related, please indicate LMP) _____

Provisional/final diagnosis: Gingivitis ICD Code _____ ICD Code _____ ICD Code _____
Partial loss of tooth Due to Caries ICD Code _____ ICD Code _____ ICD Code _____
Treatment plan ie investigation (laboratory & radiology), medications, procedure etc (Please attached original prescription)
Sealing & Polishing ICD Code _____ ICD Code _____ ICD Code _____
Crown ICD Code _____ ICD Code _____ ICD Code _____
Preauthorisation (Investigations and/or treatment requiring authorisation) _____

Section 5 - Doctor's Declaration (to be completed by the doctor/physician on this section along with stamp/signature)
I declare that I am the patient's treating doctor, and that the particulars given are to the best of my knowledge true and correct.
Signature: [Signature] Date (DD MM YYYY): 18.2.2018
Treating Doctor: Dr. Ahmed Jouni
Gingivitis Bleeding Gingiva
Orchid Medical Centre, Muscat, Oman

Section 6 - Patient's Declaration (to be completed by the patient/physician on this section along with stamp/signature)
I, the undersigned, confirm that all particulars given above are true. I hereby consent to authorize the medical provider to provide and discuss any health/treatment details with and to the insurer and/or third party administrator. I agree that a copy of this consent shall have the validity of the original.
أنا الموقع أدناه أصرح بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة. وعليه أوافق بتفويض المراكز الطبية أن يناقش أي تفاصيل طبية / علاجية مع شركة التأمين أو شركة الإدارة الطبية كما أوافق على أن نسخة من هذا الإقرار لها عصرية النسخة الأصلية.
Signature: _____ Date (DD MM YYYY): 18.2.2018
Please fax back to _____



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

800.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001918)

Date: 09-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000206 - AHMED JOUINI - 971501659181

The sum of Dhs. Eight Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 800.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-12-2018

Being

Made by FATEN

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