

File No#: 1666207

Date: 18/02/2018

اسم المريض:

Patient Name: Amana Janini

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15/02/1983

Nationality (الجنسية): Tunisia

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 050-1659181

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Thru 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 تتناول أي أدوية أو تلقي أي علاجات حذفاً؟	Yes/No نعم / لا	No
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	No
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	No
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	No Appendix Cesarian
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، 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 تتناول أي مميعة الدم؟	Yes/No نعم / لا	No
	Anemia, Leukemia (نقص الدم)، لوكميا (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 هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	No
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، 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتور، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No نعم / لا	No

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Bleeding gum

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____

Pregnancy: _____ Family History: _____

Hospitalization: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination:

Bleeding on probing

Diagnosis:

Gingivitis / Decay

United Arab Emirates

Resident Identity Card



دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية
784-1983-7964313-9



الإسم: امته رانيه بنت سالم
معاوي حرم الجويني

Name: Amna Rania Maaoui Ep Jouini

Nationality: Tunisia

الجنسية: تونس



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.

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

وأنا أتقهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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.

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

أتقهم ان هناك رسوم الاديى 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:

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@tameen.ae or Visit our website at www.oicem.com
 (Please PRINT or FILL IN BLOCK LETTERS)

PAR NO. : _____ Date : _____

Provider Name : Orchid Medical Center Contact Person : _____
 Tel. No. : 065558337 Fax No. : _____ E-mail : Info@OMCT.AE

Patient's Name : Amna Rania Jowini OIC Card No. B1-6000-0184-6153
 Mobile Number _____ Hospital File No _____

Main Complaints & Duration : Bleeding gums, redness, Pain with cold

Diagnosis : Gingivitis / Caries Class 1
 Dates of Previous Treatment / Consultation for this Disability : _____
 Proposed Date of Admission (if applicable) : _____

Approval Requested for :
 a) In-Hospital ~ Admission b) CT Scan c) MRI
 d) Out-Patient ~ Surgery e) Physiotherapy No. of Sessions : _____
 f) Others (Please Specify) : _____

g) Specify - Emergency : (Yes / No) _____ If Yes, state Date of Admission : 18/2/2018
 (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 : Dr. Abdelhalim AlMordawi Dr. Stamp & Signature : _____
 (Stamp: د. عبدالحليم المرادوي / Dr. Abdelhalim Al Mordawi / ممارس عام طب الأسنان / General Practitioner Dentist / MOA License No. 090054 / Orchid Medical Centre)

FOR OIC USE ONLY

OIC Decision : _____ Attended by : _____
 Signed : _____
 Date : _____

As per Reasonable & Customary Charges:
 (ANY APPROVAL IS SUBJECT TO POLICY TERMS & CONDITIONS & VALID OIC HEALTHCARD)

Patient's Signature : _____ Date : _____
 (after completion of treatment)

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.





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001917)

Date:09-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000207 - AMNA JOUINI - 971501659181

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 / 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