

File No#: 1000304 Date: 18/3/2018
اسم المريض:
Patient Name: AFEF MALLOULI
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 26/08/1978
Nationality (الجنسية): TUNISIAN
Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Phone No. (رقم الهاتف): 0509813695
E. MAIL: Abid_AFEF@msn.com
How Did You Know About Us?
Facebook

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
- 4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
- 5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ___ لا ___

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم ___ لا ___

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم ___ لا ___

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدر وكوتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
نعم ___ لا ___

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوغي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: _____

الاسم: _____

توقيع المريض: _____

توقيع ولي أمر المريض(من هم دون السن القانوني): _____

بشهادة: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

Name	Afef,,,Abid	IDN:	784197831853631	Mother Name:	
Name (Ar)	عفاف بنت رضا عبيد	Card Number:	080957681	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	21/11/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	20/11/2019	Date of Birth:	26/08/1978	Sponsor Name:	سفيان بن الشخير العلوي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	16367608
Residency Type:	03	Residency Number:	30120073034435	Residency Expiry:	20/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

3/18/2018

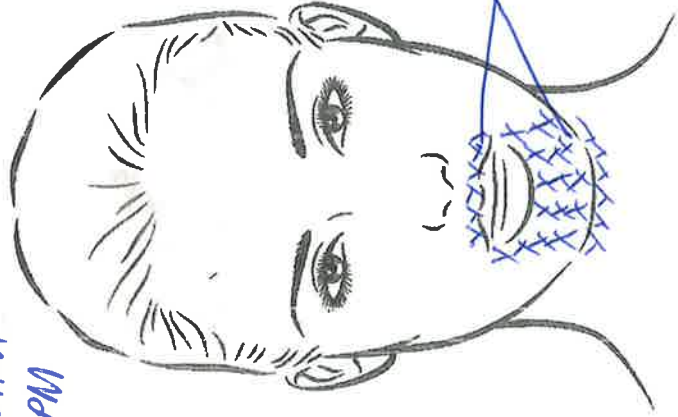
Circle areas to be treated:

Other
LHR FULL BODY

23/4/18

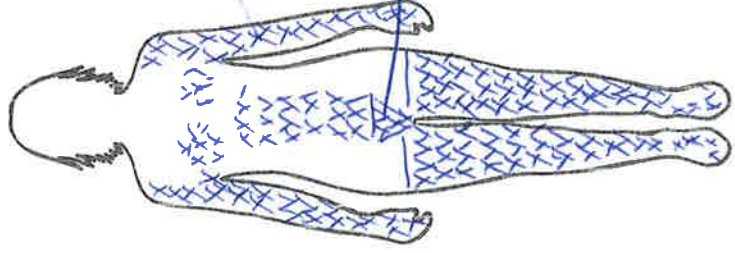
START TIME: 9:40 AM
END TIME: 12:05 PM

MODE: DP1 MODE



14.5/cm², BURST X 2 PASSES

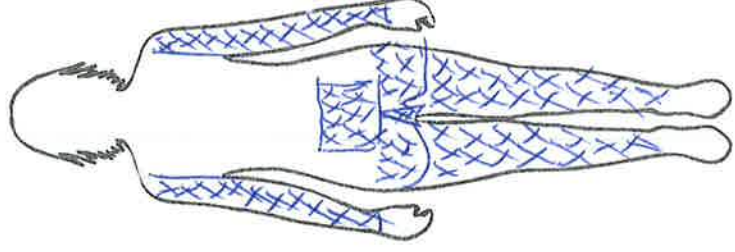
Front



10 J/cm², BURST X 2 PASSES

10 J/cm², BURST X 2 PASSES

Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000519)	Date:23-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000304 - Afef Abid - 971509813695		
The sum of Dhs. Eight Hundred Only		
By Cash 800.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 23-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

Circle areas to be treated:

Other _____

21 MAY 2018

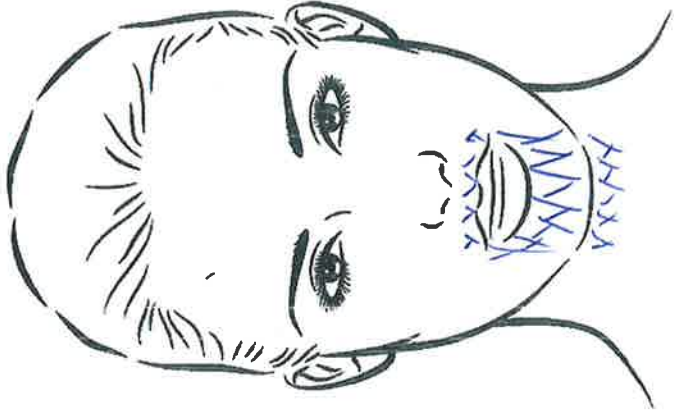
ENTR FULL BODY

START TIME: 10:30 AM

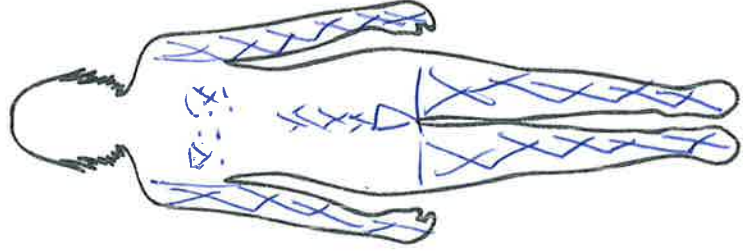
END TIME: 1:40 PM

MODE: FDP MODE

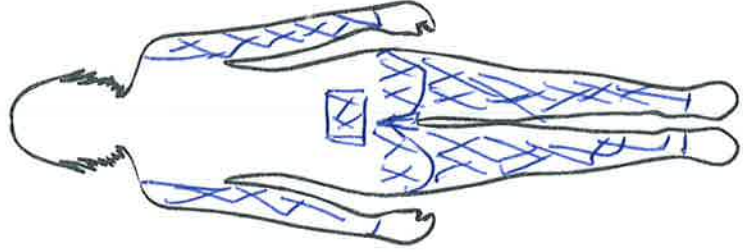
6J/cm², SHORT, 7 KE
(10 X 10cm) AREA



Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000666)	Date:21-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000304 - Afef Abid - 971509813695		
The sum of Dhs. Eight Hundred 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: 21-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000834)

Date:01-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000304 - Afef Abid - 971509813695

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: 01-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 704

Made by Ghada

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

960.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000833)

Date:01-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000304 - Afef Abid - 971509813695

The sum of Dhs. **Nine Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **960.00**

Bank: _____

Date: **01-07-2018**Being **960 ADVANCE ALLOCATED WHICH RECD IN MARCH 18TH**Made by **Ghada**

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

www.omc1.ae

Handwritten notes:
Paid
myself
subject to Dr. Youssef
already
[Signature]

AFF ABID

1000304

01/07/2018

Circle areas to be treated:

Other

LHR Full Body

DP MODE + FDP MODE

START: 10:20 AM

END: 12:40 PM



16 J/cm², BURST x 2 PASSES



18 J/cm², BURST x 2

FDP 7 J/cm², 6 Hz



10 J/cm², BURST x 2



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

640.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001338)

Date:30-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000304 - Afef Abid - 971509813695

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 640.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002206)

Date: 06-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000304 - Afef Abid - 971509813695

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 840.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003025)

Date: 20-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000304 - Afef Abid - 971509813695

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

By Cash 840.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-03-2019

Being FULL BODY VIKINI OFFER 800 + 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 : 1000304 - Afef Abid - 971509813695

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