

File No#: 1000392

Date: 26/04/18

Patient Name: REEM AL ALI

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 04/09/1993

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): SINGLE

Phone No. (رقم الهاتف): 057830999

MAIL: REEM.A.ALI@HOTMAIL.COM

How Did You Know About Us? GOOGLE

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الإجابة 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

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

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

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

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوتريتينين " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم  لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهايدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

نعم  لا.

## 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 ان 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.

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

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 أن 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

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

توقيع المريض / الوصي :

*Reem*

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

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:

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

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

■ التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطابات 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، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

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

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/4/18	PROFACIAL + AUDE VERA MASK DONE PATIENT'S FACE WITH OLD PIMPLE MARKS 9 FEN PIMPLES	350	0	
1/5/18	UHR FULL FACE (SENSITIVE SKIN) 12 J/cm <sup>2</sup> , BURST X 2 PASSES	200	0	
18/6/18	> UHR HALF HANDS 16 J/cm <sup>2</sup> , BURST X 2 PASSES	600	0	
2/7/18	> CARBON PEEL DONE FL200, 8460, MP600	300	0	
9/7/18	> CARBON PEEL DONE FL200, 8490, MP600 > PROFACIAL + AUDE VERA MASK DONE	350	0	
5/12/18	UHR Full face + Hands half lower. Face, 6 J/15 Alex 8 J/20	500	0	Deen
21/1/19	UHR FULL FACE + LOWER HANDS			
06/05/19	UHR - Face + Half Arms 3 <sup>rd</sup> Sess.			

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
اختصاصي جلد  
Dermatology specialist  
ترخيص رقم: V826  
MOH License No: V826  
مركز اولف الطبي  
Orchid Medical Centre

Deen

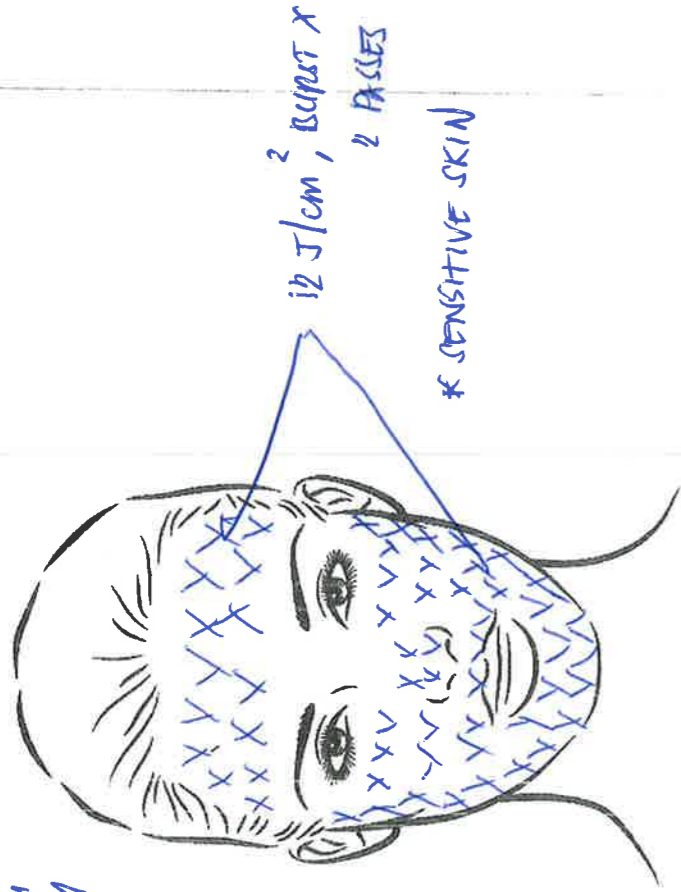
Circle areas to be treated:

Other

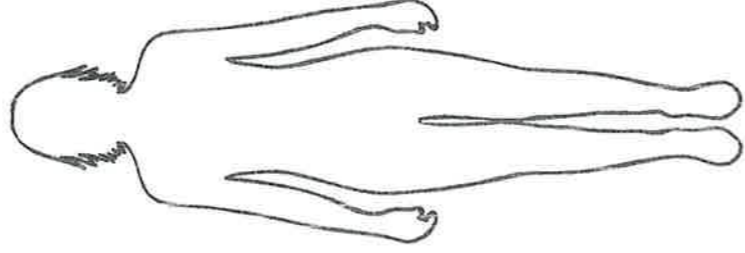
NEEM AL ALI

01/5/2018

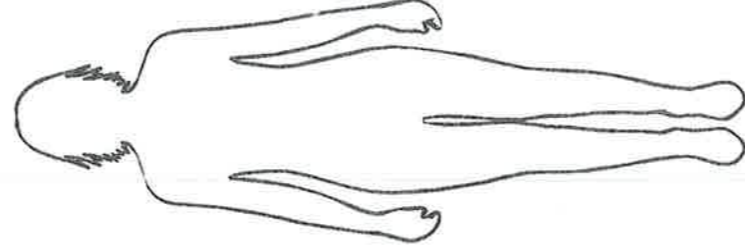
START TIME: 5 PM  
END TIME: 5:30 PM



Front



Back



Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

18 JUNE 2018

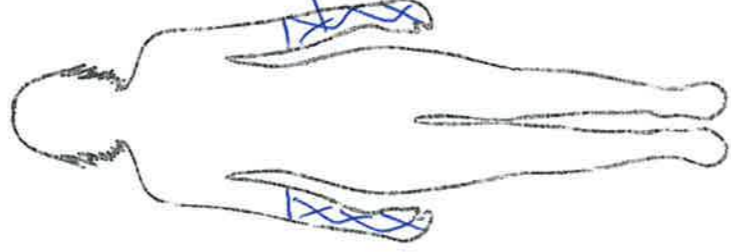


CARLYSON PEEZ

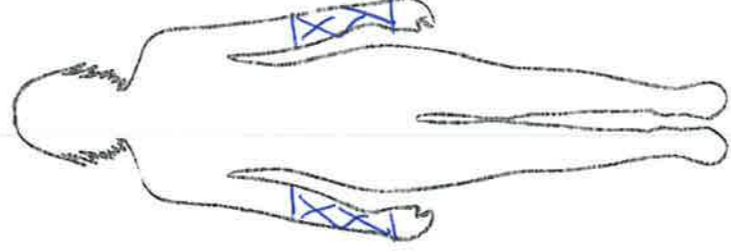
FR 200, 0460, PTP 600

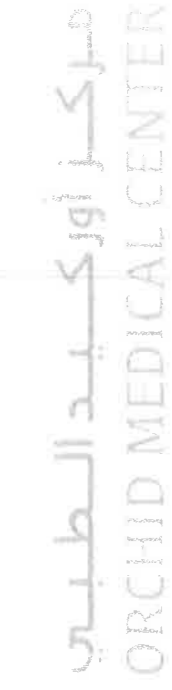
Front

Back



165 cm<sup>2</sup>, BURST X  
2 PASSES





AED 350.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000539)	Date: 26-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996		
The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Only		
By Cash 350.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

5/6



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000578)	Date:01-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996		
The sum of Dhs. <b>Two Hundred Only</b>		
By Cash <b>200.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 01-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000777)

Date:18-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

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: 18-06-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000838)

Date: 02-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-07-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000876)

Date: 09-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-07-2018

Being

Made by Ghada

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

File No#: 1000397

Date: 7/4/2018

Patient Name: Reem Al Ali

اسم المريض:

Date of Birth(التاريخ الميلاد): 4/9/1993

Gender (الجنس): M / F

Nationality(الجنسية): u.a.e

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0557830996

E-MAIL: reem.alalial@hotmail.com

How Did You Know About Us? Google

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

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: Pt is not satisfied with her teeth look

Medical History السجل الطبي

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

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

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

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

Remarks: Poor Oral Hygiene

Clinical Findings: Bad Oral Restorations

Radiography: Periapical X-Ray

Examination: \_\_\_\_\_

Diagnosis: Gingivitis, Bad Form & Shape & Color of teeth

### 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 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.

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 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

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.

Reem

توقيع المريض / الوصي :

7/4/2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Reem,Ahmed,Abdulla,Rasheed,Al Ali	IDN:	784199330408610	Mother Name:	Zubaida Abdelwadoud
Name (Ar)	ريم احمد عبد الله رشيد ال عتي	Card Number:	080462763	Mother Name (Ar):	زبيده عبدالوود
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301007360
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	17/10/2016	Date of Birth:	04/09/1993	Sponsor Name:	
Expiry Date:	17/10/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	02	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

4/7/2018

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7/4/2018	Preparation for E-Max Crowns	6750	Amount to be paid	
	4321 / 12345	4,175 paid	2,750	
19/4/2018	Cementation			
	PAYMENT ON NEXT MONTH 2750.00			
22/4/2018	Follow up	0	2750	
02/05	BALANCE PAYMENT	2750.00	0	
6/4/19	LHR Face + Hald Arms (Deka).			Sbyja.
17/6/2019	3200 / 3200	1360		



سند أمانة

أنا الموقع أدناه ..... أحمد محمد الوائلي ..... حامل جواز سفر يقيم في دبي رقم: 1993-3040264-1 .....  
784-1993-3040264-1

أقر بأنني ألتزم بدفع مبلغ وقدره 2750 درهم فقط وهو المبلغ المتبقي من المبلغ الاجمالي 6750 درهم وذلك عن تركيب 9 تركيبات خزفية تجميلية، خلال شهر من هذا التاريخ لمركز اوركييد الطبي - الشارقة.

أتعهد أنني سوف أقوم بدفع المبلغ المذكور المتبقي علي بالتواريخ المذكورة أعلاه، وأقر اني قد سلمت صورة عن الهوية لمركز أوركييد الطبي.

الاسم: أحمد محمد الوائلي ..... رقم الهوية: 3040264-1993-3040264-1 التاريخ: 2018-4-19 .....

التوقيع: A. Ham .....




مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,750.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000580)	Date:02-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996		
The sum of Dhs. Two Thousand Seven Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 2,750.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 02-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO: 464		
Made by Ghada		

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)




مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001884)

Date:05-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

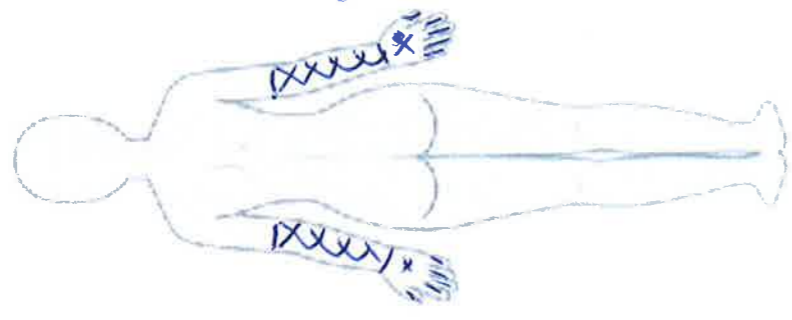
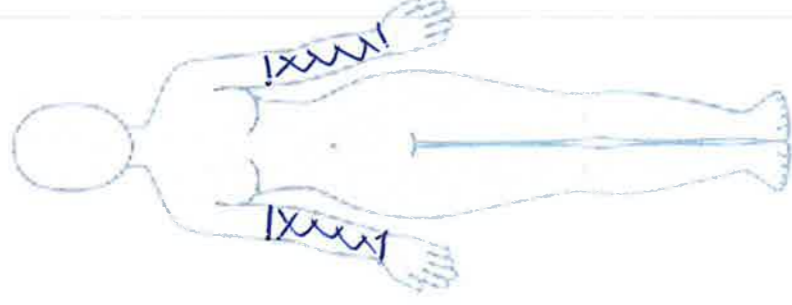
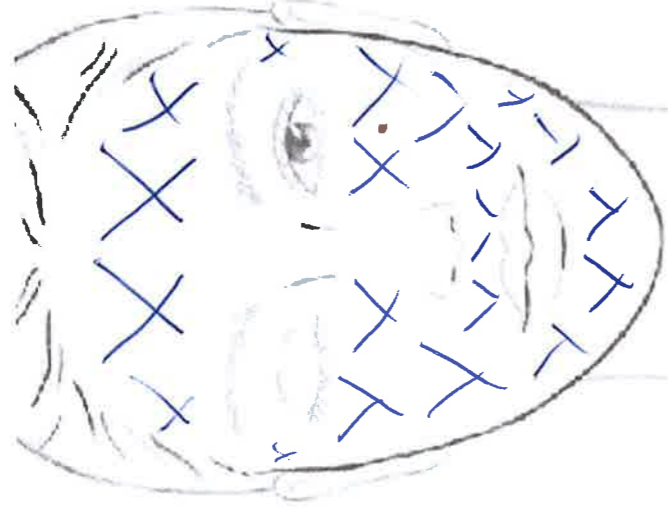
Date: 05-12-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: .....: اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 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	21/1/19	18/04/19	06/05/19			
Treatment Area	FACE + HALF ARMS	FACE + HALF ARMS	FACE + HALF ARMS			
Hair Type	MEDIUM	MEDIUM	FINE			
Mode	ALEX	ALEX	ALEX			
Fluence	6-7 J/15-17.5	6 J/17.5	7 J/14ms			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1			
Starting Time	1:10 PM	2:00 PM	1:40 PM			
Finish Time	1:50 PM	2:50 PM	2:00 PM			
Post Treatment	METRO + FUCIDIN +	MEBO + FUCICORT				

Therapist Name and Signature ..... NESSIE .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002377)

Date:21-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-01-2019

Being

Made by Ghada

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



اسعاد  
esaad

REEM AHMED AL-ALI  
MID533718



بطاقة امتياز  
Privilege Card



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003357)

Date: 16-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-04-2019

Being

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 : 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

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 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003596)

Date:06-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **472.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-05-2019

Being **FULL FACE + HALF ARMS LOWER + HANDS (10% DISCOUNT ESAAD CARD) + 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 : 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

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 أوريد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,360.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004086)

Date:17-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

The sum of Dhs. **One Thousand Three Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,360.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-06-2019

Being **2 Extraction**

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 : 1000392 - REEM AL ALI - 971557830996

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

17/6/2019

**SICK LEAVE CERTIFICATE**

This is to certify that MS. REEM AL ALI file number(1000392) was examined and treated in orchid medical center on 17-6-2019 with the following diagnosis

**DENTAL EXTRACTION**

And need to have rest for 3 days from 18-6-2019 to 20-6-2019

Dr. MOHAMED AECHINO

