

File No#: 1000600

Date: 27/5/2018

Patient Name: ESSAADIA BELLAJ

اسم المريض: المسعودي بيلاج

Date of Birth: 20/03/1975

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): MOROCCO

Occupation (الوظيفة): ربيع يبيص

Marital Status (الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0565738581

F MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحتراق , قلبية الاحترار

2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار

3 - قلبية 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 "الأكويتان / الأيسوترينوتين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا المسيدة حلا بقدمي إلى مركز أوركيذ الطبي / المشاركة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليلات الشعر و تعطل قدرتها على إنباء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التنف , الكريمات, وازالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO*

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	Essaadia,,,Bellaj	IDN:	784197547163978	Mother Name:	
Name (Ar)	السعيدة,,,بللاج	Card Number:	087541986	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	07/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/11/2020	Date of Birth:	20/03/1975	Sponsor Name:	وسام عبدالقادر عصمان السعد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	06494763
Residency Type:	03	Residency Number:	20120083157733	Residency Expiry:	23/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/27/2018

Circle areas to be treated:

Other

27 MAY 2018

LHR UPPER LIP, CHIN + UNDERARM

FDP MODE

START TIME: 1:25 PM

END TIME: 1:45 PM

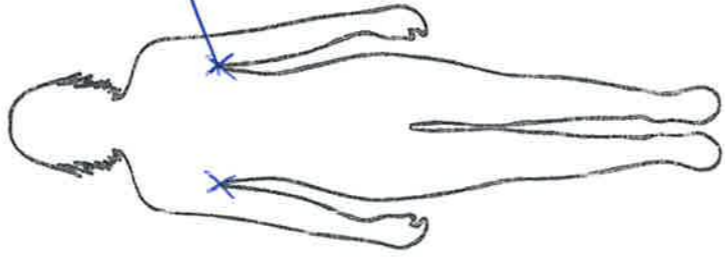


5 J/cm², SHORT, 1.5 KJ, 6 HZ

5 J/cm², SHORT, 2 KJ, 6 HZ

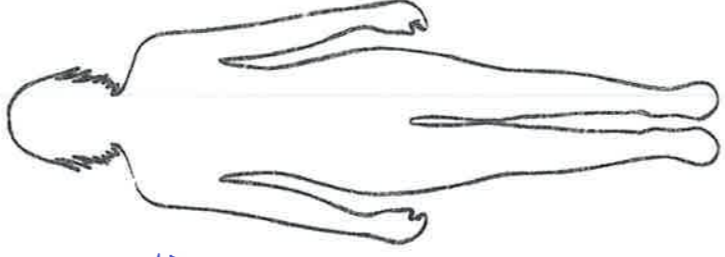
MODE WITH
HANDLE
> EXPLAIN TO PATIENT
THAT IT WILL NOT BE
TOUCHED OR PASSED
WITH LASER

Front



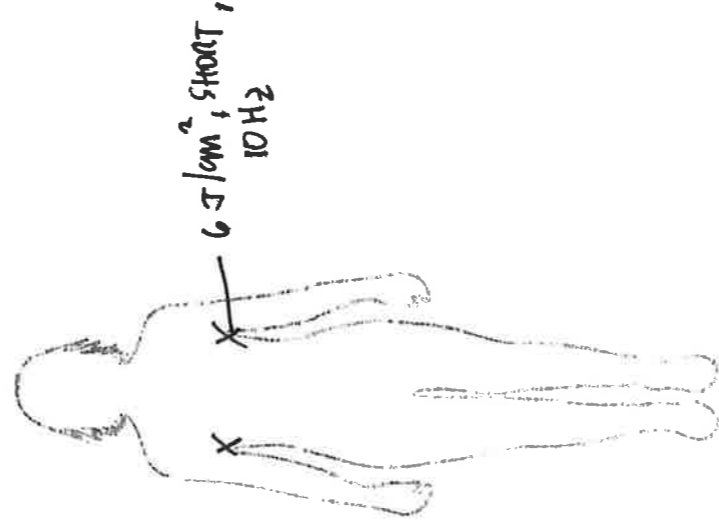
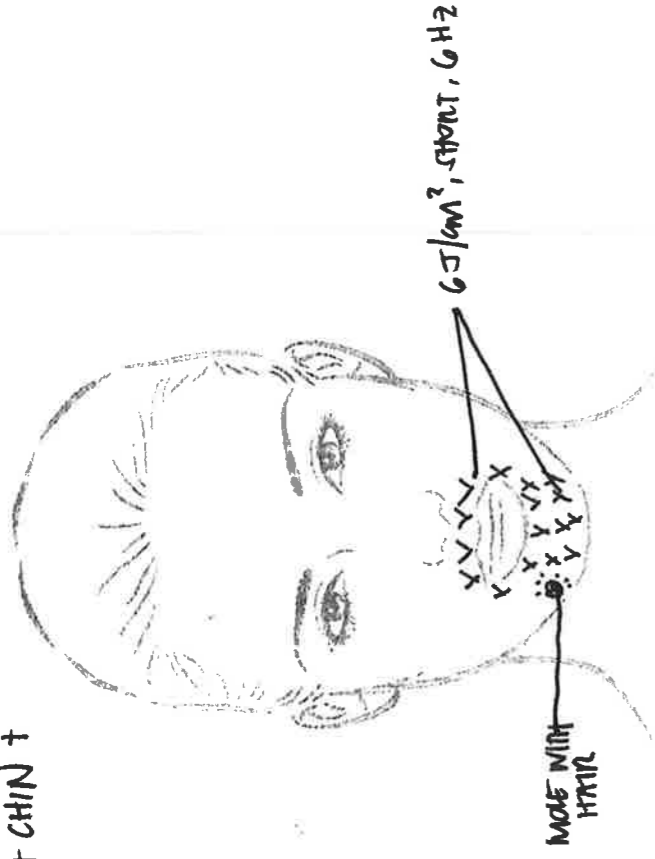
5 J/cm², SHORT, 5 KJ, 10 HZ

Back



27/6/18

LATR UPPER LIP + CHIN +
UNDERARM
FDP MODE



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/05/18	1HR UPPER VIP + CHIN + UNDERARM 5 J/cm ² , SHORT - FDP MODE	200.000		Goran Yovanovitch احصائي - جوارحه التجميل Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: 4220 Orchid Medical Centre
27/6/18	1HR UPPER VIP + CHIN + UNDERARM 6 J/cm ² , SHORT, 6Hz	200		
26/7/18	1HR UPPER LIP + CHIN + UA 14 J/cm ² , BURST, 3Hz - DPI	200		
15.08.2018	40 WINDS OF BUTT (FOREARM, SHOULDER, CRUS FERT)	945	52.5	
25/8/18	1HR UPPER LIP + CHIN + UNDERARM	200	+	
0209.2018	RESTONCE FULL RIGHT EYEBROW (7 WINDS)	200	+	
14/10/18	1HR U-UP + CHIN + UNDERARM	200	+	
8/12/18	1HR U-UP + NIPPLES + CHIN	200	+	
31/12/18	1HR FULL LEGS (FULL BODY UHR)	950	77.5	Been
7/1/19	1HR FULL BODY (NO LEG)			Been
7/2/19	1HR FULL BODY (NO FRONT & BACK)			Been
12/2/19	Patien remaining done			
?				

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7/1/19	HR Full BODY Painkui removal			<i>Becc</i>
24/4/2019	Procedure done (0.8) Botox = 1000 Plan: Gold stamp free after 2 weeks APRIL offer Emla → DR. WESAM	1000		<i>Becc</i>
2/10/19	gold stamp HR full leg (Deka)			<i>Becc</i>
2/11/2019	dysport (0.3) cautery nevus + milia next app: 20/11: fu	800 500		
14/1/15	HR full leg (Deka)			<i>Becc</i>
27/11/2019	retouch contour			

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No: V826
Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000688)	Date:27-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 27-05-2018
Being		
ade by <i>Ghada KC</i>		

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000814)

Date:27-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-06-2018

Being

Made by  Maja KC

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

اسم المريض: Esadia Bellay

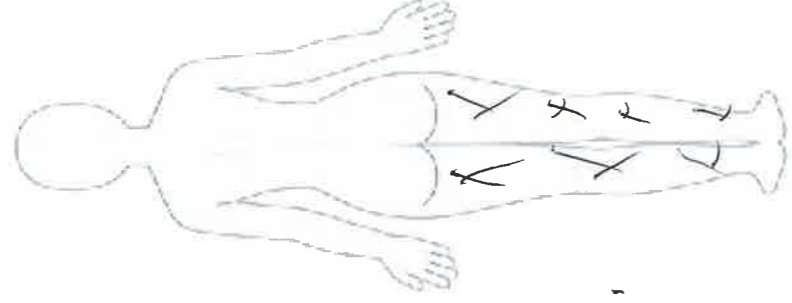
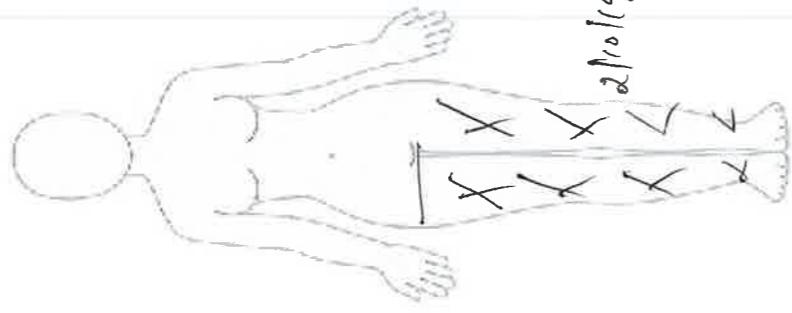
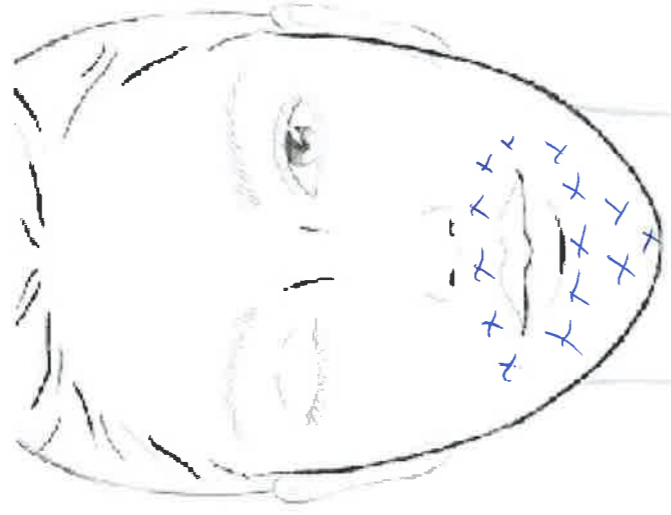
تاريخ المعالجة: 27/10/20

رقم الملف: 1000600

تاريخ التقييم: 27/10/20

التقييم: Yes / No

التصوير: Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/2/19	7/4/19	2/10/19	14/11/19	8/12/19	27/10/20
Treatment Area	Full body	Full body	Full leg	Full leg	Full leg	Full leg
Hair Type	MEDIUM	M	M	Full leg	Full leg	Full leg
Mode	ALEX	ALEX	ALEX	H/10/10	H/10/10	Soft 10
Fluence	7J/13	7/12 ms	8/12 ms	Alex 20	Alex	Alex
Pulse Type			8/12 ms	8/10-12 ms	8/10 ms	8/10 ms
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	6:50 PM	1 PM	5:30 PM	5 PM	5 PM	12:30 PM
Finish Time	8:10 PM	2 PM	6 PM	5:30 PM	8 PM	1 PM
Post Treatment	Bikini done at 12/2/19.	None	None	None	None	None
Therapist Name and Signature	<u>HESSE</u>	<u>Hesse</u>	<u>Hesse</u>	<u>Hesse</u>	<u>Hesse</u>	<u>Hesse</u>

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالرضاع حالياً؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details	اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مميعات للدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورونيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

.....
المصعب بن عبد الحفيظ

Date: ... / ... /

التاريخ 14/4/2019

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتكس والفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتكس لإعادة النضارة للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه، أو إخفاء التجاعيد في منطقة الخيبة وحول العين.

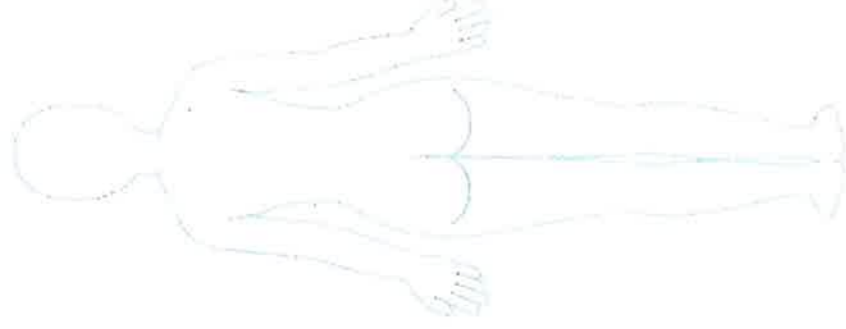
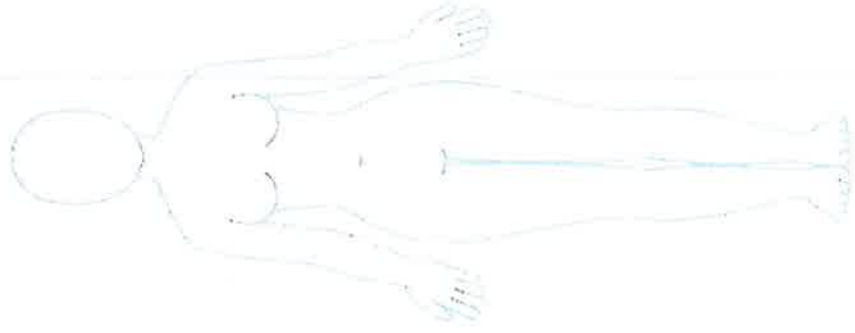
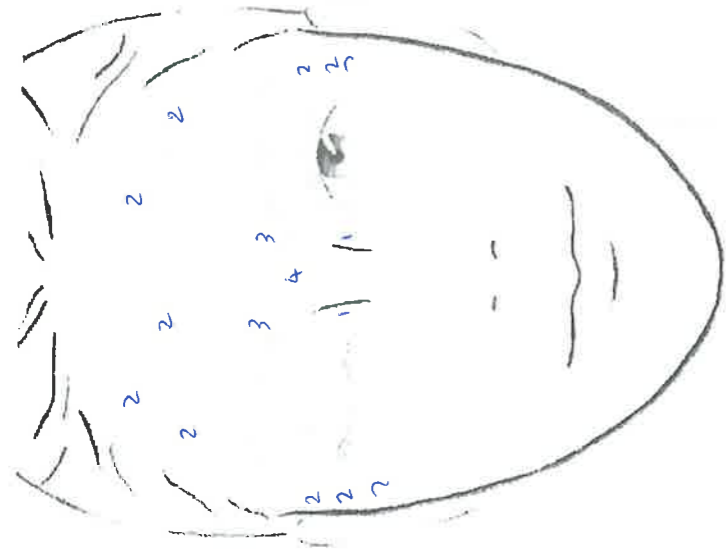
أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قرأت لي و أنا على علم بحتواه) و أن جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضٍ.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لتتأخر هذا الاجراء الطبي.

وأشيد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع



Filler Injection Log

Session	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

Botox Injection Log

Session	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1	24/4/2019	f	(0.8)	Allergan
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....D.W.E.....

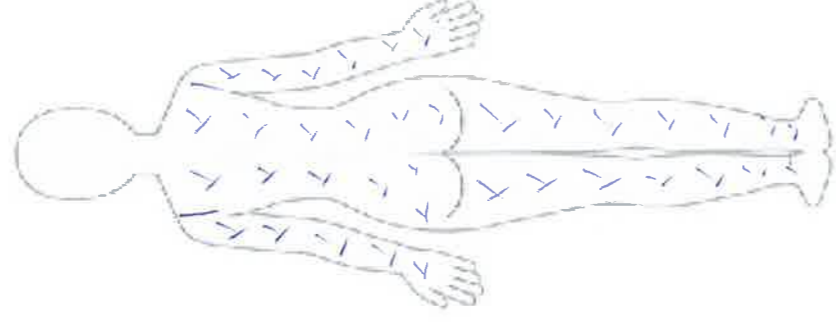
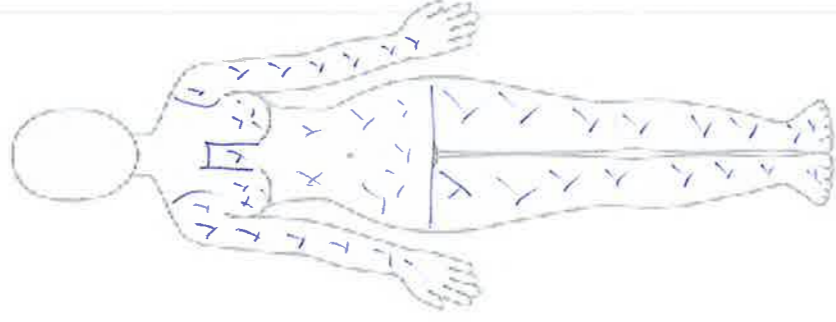
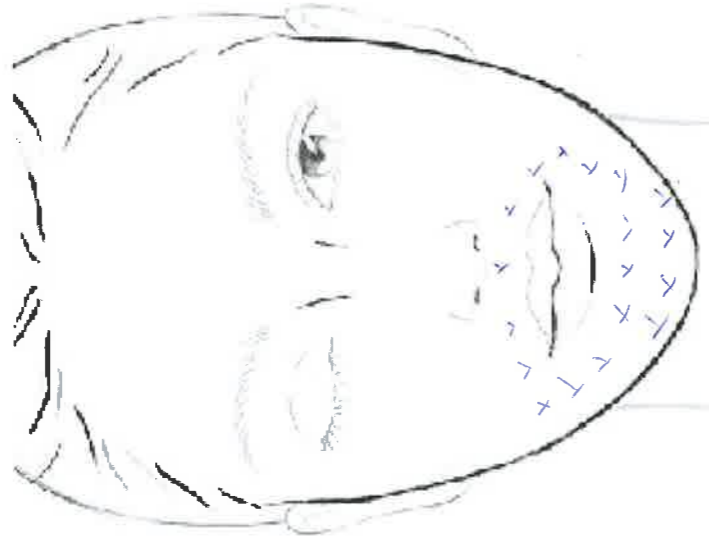
Patient's Name: Esraei Beata اسم المريض:

File Number: 1000600 رقم الملف

Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? 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	28/7/18	25/8/18	14/10/18	23/12/18	31/12/18	7/4/19
Treatment Area	CHK, CHIN, UA DARK, COARSE	CHK, CHIN, UA DARK, THICK	CHK, CHIN, UA DARK, COARSE	full leg Dark, Thiele	full leg Dark, Thiele	ATR FACE BODY (NO LEG)
Hair Type						
Mode	DPI	FOP	ALEX	15/20 (1064)	NO YAC 13/20	ALEX 1755 6N, 7J
Fluence	14J/cm ²	6J/cm ²	715	20 SPOT	20 SPOT	12 MS - 15ms
Pulse Type	BURST	BURST	SPOT 20			
CNT Pulse						
Passes	2	1	1	5 PM	6 PM	BIKINI - 10/25
Starting Time	4:20 PM	4:15 PM	5:30 PM	5:25 PM	8 PM	FACE 7/12
Finish Time	4:35 PM	4:25 PM	5:45 PM	5:25 PM	8 PM	3:45 PM
Post Treatment		None	None	Buzzed	Acetof Facion	4:45 PM

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 400.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005346

Date: 02-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. **Four Hundred Only**

By Cash **400.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSIONS FULL LEGS + VAT 1050 BALANCE 702.5**

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

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

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 21/1/2019

أنا السيد/السيدة ELSADEKA A أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالحم وحرق وتيبس وتورم وزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وآلم في الوجه.
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

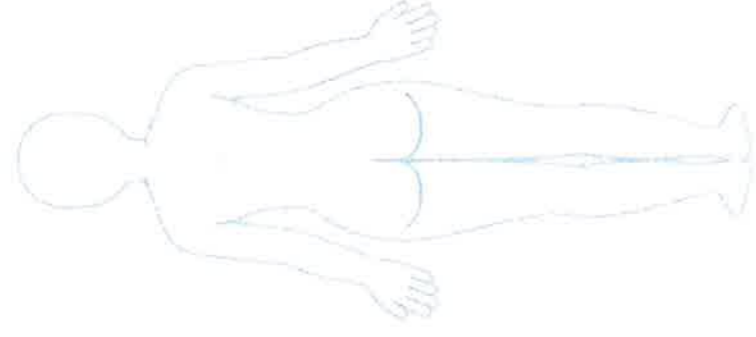
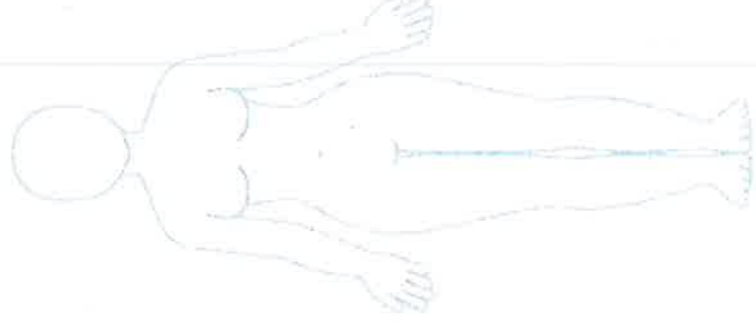
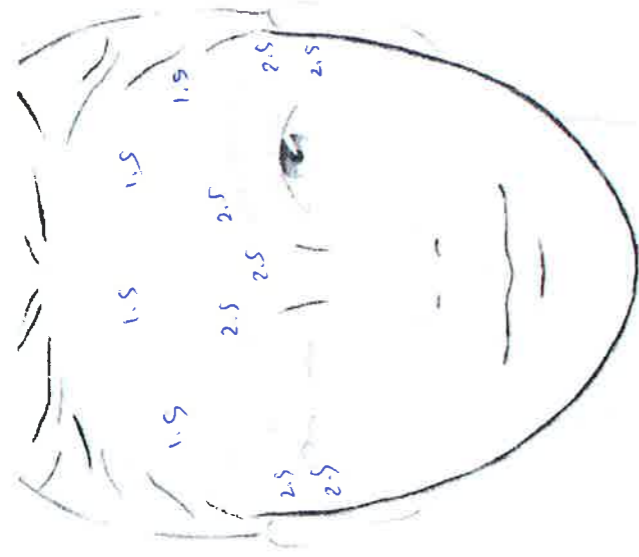
أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق
نعم لا

التوقيع: 

اسم المريض: المصطفى بن علي

التوقيع: 

اسم المعالج: Dr. Wessam



Filler Injection Log

Session	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

Botox Injection Log

Session	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....

ورقة الموافقة على العلاج بجهاز التخثير الكهربائي

- أؤكد بأنه تم شرح كيفية إجراء العلاج وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه، لقد تم إيلاحي تحديدا بما يلي:
- سوف يحدث بعد هذا الإجراء من ردود الفعل الشائع حدوثها مثل فقر الدم او العدوى او ردود فعل نتيجة التخدير و تشكل ندبات سميقة او رقيقة و تلون الجلد او ضمور بالجلد و من الممكن نكس الأفات.
- في حال حدوث أي نوع من أنواع العدوى الجلدية قد تكون هناك حاجة الي علاجات اضافية او مضادات حيوية توصف من قبل الطبيب المختص.
- أتفهم أن الرعاية الطبية تطلب التعاون و لذلك سوف أتابع جميع تعليمات الطبيب بخصوص الفترة التي تلي الاجراء.
- و اتفهم أيضا انه لا يوجد ضمان لنتيجة أي علاج و أنه يجب علي دفع رسوم أي علاجات لاحقه لهذا الإجراء.
- كما إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

اسم المريض:

~~المصطفى بلع~~
ORCHID MEDICAL CENTER

التوقيع:





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	<u>RECEIPT VOUCHER</u>	No: REC-005770
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002991 - FATIMA O - 971502036378		Date: 02-11-2019
The sum of Dhs. Three Hundred Only		
By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date:
King ADVANCE FOR 3 ESSIONS FULL LEGS + 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

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000965)

Date: 28-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-07-2018

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

945.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001067)

Date: 15-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **945.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-08-2018

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

52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001118)

Date: 25-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAI - 971565738581

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2018

Being AGAINST INVOICE NO: 2265

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001119)

Date: 25-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2018

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

920.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002154)

Date:31-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

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

By Cash 920.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001449)

Date: 14-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-10-2018

Being

Made by 
Ghadea

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001909)

Date: 08-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

77.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002222)

Date: 07-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 77.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-01-2019

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002536)

Date:04-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 997.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-02-2019

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

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003252

Date: 07-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**

By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

ب **ADVANCE FOR FULL BODY LASER**

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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003436)

Date:24-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,050.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-04-2019

Being BOTOX + GOLD STAMP + 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 : 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00	RECEIPT VOUCHER	No: REC-005974
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581		Date: 14-11-2019
The sum of Dhs. Four Hundred Fifty Only		
By Cash 450.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date:
Being advance 3 session full legs + vat balance 252.5		
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

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005974

Date: 14-11-2019

AED 450.00

RECEIPT VOUCHERReceive from Mr./Mrs./M/s. **1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581**The sum of Dhs. **Four Hundred Fifty Only**By Cash **450.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:



Cheque No.

Date:

Being **advance 3 session full legs + vat the rest 48 for her**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

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,365.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005857)

Date:06-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

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

By Cash 665.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 700.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-11-2019

Being **DYSPORT BOTOX + CAUTERY + 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 : 1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581

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