



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 7 / 7 / 2018

File Number: 1000754

Patient Name: BOUATAINA MOUNSA

إسم المريض: بنت بوساينة

Date Of Birth: 04 / 04 / 1980 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Single

Nationality (الجنسية): M.D.R.O.C.C.O

Occupation (الوظيفة): Data Entry

Address (العنوان): Sk. ar. j. c. h.

Phone No. (رقم الهاتف): 0565616909

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	لا/نعم
هل تتعاطى أي سترويدات أو مضطبات للمناعة؟ Cortisteroids/Immunosuppressant	لا/نعم
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	لا/نعم
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness	لا/نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا/نعم
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا/نعم
انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	لا/نعم
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا/نعم
هل تعاطى من أي امراض يولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطى أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم
التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا/نعم
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا/نعم
هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	لا/نعم
هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	لا/نعم
هل تعاطى من أي امراض اخرى؟ Other conditions	لا/نعم
فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...etc	لا/نعم



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 any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج إقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزديدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و اترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدتمت لدي فحصي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل اراضي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 12... / 7... / 20...

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

تقاني منه سوء حظرس احدى التركيبات الأمامية لديها بالإضافة إلى فقدان بعض الأسنان و الحشوات المكسورة و المتغيرة اللون و ترغب بعمل فينير او ابتسامه صليود للحصول على ابتسامه جميله

لا تقاني منه أي امراض

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

لا حساسية

الأدوية Medications

—

الحمل Pregnancy

—

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

—

Smoking (التدخين): Y / N

Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Missing Teeth # 36 , # 14 # 25 , she has an RPD on # 14

الفحص Examination

Bruxism on posteriors , Overjet on tooth # 21 , Discoloration and overhanging margin on gingiva .

الصور الشعاعية Radiography

Panoramic X-Rays (OPG)

التشخيص Diagnosis

Abnormal form & discoloration of teeth & anterior composite Filling & partial loss of teeth.



17/7/2018

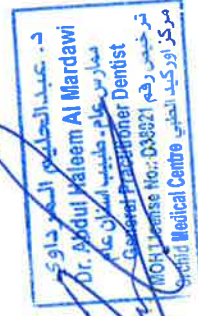
خطة العلاج Treatment Plan

- Consultation and Diagnosis
- Panoramic X-Rays / OPG
- Removal of # 21 / L1
- Minimal Preparation of # 15 , # 13 , # 12 , # 11 , # 4S , # 35 # 34 , # 33 # 32 , # 31 , # 41 , # 42 , # 43 # 44
- Cementation of veneers & crown.

- Refer to Implantologist for Implants
to restore 4 / S



Doctor's Signature and Stamp



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	Boutaina, Ben Mousa	IDN:	784198040363172	Mother Name:	
Name (Ar)	بنينة بن موسى	Card Number:	079579973	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	13/08/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	03/08/2018	Date of Birth:	06/04/1980	Sponsor Name:	كيوان لخدمات التنظيف طدم
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120162380375	Residency Expiry:	03/08/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/17/2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000921)

Date: 18-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000754 - BOUTAINA BEN MOUSA - 971565616909

The sum of Dhs. Two Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 2,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-07-2018

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

15,010.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000958)

Date: 26-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000754 - BOUTAINA BEN MOUSA - 971565616909

The sum of Dhs. Fifteen Thousand Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 15,010.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. 000514

Date: 26-07-2018

Being CHEQUE000508 6100DHS , CHEQUE000509 1485DHS , CHEQUE000510 1485DHS , CHEQUE000511 1485DHS , CHEQUE000512 1485DHS , CHEQUE000513 1485DHS , CHEQUE000514 1485DHS

Made by Ghada

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

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen اللون الذي تم اختياره..... **BL1**

Design Been Chosen التصميم الذي تم اختياره

Quantity Agreed to Order..... العدد المتفق على تركيبه.....

Notes:..... ملاحظات أخرى:.....

I have read and agreed to the mentioned specifications above and Orchid Medical Center is not responsible of any change that not matching the above mentioned Specs.

لقد قرأت و أوافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: **BOUMTAINA MOUSA** اسم المريض:.....

Date: **13 / 5 / 2019** التاريخ: **2019 / /**

Signature: **BOUMTAINA MOUSA** التوقيع:.....



إقرار تنازل عن شكوى على المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة ووقاية المجتمع

بيانات صاحب الشكوى / بيانات المنشأة الصحية الخاصة / بيانات الكادر الطبي والفني

المغرب الجنسية: جمهورية بنموزي رقم الهاتف: 05251799

بأنني قد تنازلت عن الشكوى المقدمة ضد (اسم المنشأة الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة ووقاية المجتمع):

منطقة: الساوية ضد الطبيب: عبدالمجيد المرزوقي طبيب مختص:

والذي يعمل حالياً ب (اسم المنشأة الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة ووقاية المجتمع التي يتبعها الطبيب):

مركز التوكيد الطبي

وذلك وفقاً للبنود التالي:

إعادة الحالة بالكامل دفعة واحدة ومطباتات المريضه تحت إشراف
الطبيب المعالج .

Ham Samir

اسم المدير الفني : إم سامير توقيع المدير الفني للمنشأة الصحية الخاصة:

اسم مقدم الشكوى: جميلة بنموزي توقيع مقدم الشكوى: By

اسم الطبيب المعالج: عبدالمجيد المرزوقي توقيع الطبيب المعالج: Dr. Samir

تاريخ التنازل: 04/03/2019

