

Date: 25/3/2018

File Number: 1000990

Patient Name: Yousef Ali

اسم المريض: يوسف علي بن يوسف العتيبي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23/05/1983 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): الإمارات

Address (العنوان): الشارقة - الهدى

Phone No. (رقم الهاتف): 052-9998770

E-MAIL: Ramia

How did you know about us: Ramia

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 تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant / هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Allergies / هل لديك أي حساسية؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Surgical Operations, Serious illness / هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease / جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب قشغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No / لا / نعم	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants / هل لديك ارتفاع في ضغط الدم مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) / انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No / لا / نعم	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other / أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No / لا / نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease / هل تعاني من أي أمراض كلوية أو تناسلية؟	Yes/No / لا / نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems / للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No / لا / نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases / التهاب الكبد، اليرقان، الصفراس، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No / لا / نعم	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other / قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease / هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes / هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No / لا / نعم	لا
Other conditions / هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc. فيروس الإيدز، فيروس الحصبة	Yes/No / لا / نعم	لا



## 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 of 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 اقرار طبي

- أوافق و أسمع للطبيب بدلاج المرضي حالي المرضي التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و العيول.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعالج الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المتبقية لي كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و ادره ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالاقتراب أو التوريم أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحيد الأثني يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي في شخصي الملقب صحيحة و أفهم ان أي مطالبات تطبق بحالي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها من غيري.
- أقر أن لدى المطالبات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وافقت علي تكامل اراضي

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

التاريخ: ١٤ / ١١ / ٢٠١٤

## Patient Assessment

Weight (الوزن): Kg      Vital Signs      المؤشرات الحيوية  
 Pulse (النبض): ppm      Height (الطول): cm      Blood Type (فصيلة الدم):  
 Blood Pressure (ضغط الدم): /      Blood Sugar (السكر في الدم):

Chief Complaint: سبب زيارة المريضة للعيادة

تجميل و علاج للأسنان

Disease History: التاريخ المرضي: -

Allergies: الحساسية: -

Medications: الأدوية: -

Pregnancy: الحمل: N/A

Previous Surgeries, Hospitalization  
 عمليات سابقة، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (الأدوية): Y / N

General & Clinical Findings      الملاحظات العامة و السريرية

Examination      الفحص

Radiography      الصور الشعاعية

Diagnosis      التشخيص

Multiple Problems with partial loss of  
 teeth due to caries &

Treatment Plan خطة العلاج

76 X C C V V C C C V C C C  
 4321 R R F F X  
~~234567~~

Scaling & Polishing = 250

RCT Anterior x3 = 800 x3 = 2400

Composite Filling x5 = 250 x5 = 1250

Extraction x2 = 300 x2 = 600

Crowns x6 = 6000 }  
 Er Max x6 = 6000 }

E - Max x10 = 10000

3  
 10000  
 10000

4500 = مبلغ الخصم مجموع العلاجات

22000 = مبلغ الخصم مجموع الترتيبات

Doctor's Signature and Stamp:

*(Handwritten Signature)*

د. عبدالحليم المرادوي  
 Dr. Abdul Haleem Al Mardawi  
 ممارس عام - طبيب أسنان عام  
 General Practitioner Dentist  
 ترخيص رقم: D38021  
 مركز أوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

الدفعات بعد الترتيبات

~~19,000~~  
 19,000



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
	RCT For 11 + 21 two teeth 600 + 600 Dr. Dalia	1000	0	
13/11/2018	Irrigation of Both 11 + 11 teeth - Post + core for 21 → 150 - Composite buildup 21 → 300 Advance for Dental Treatment - Composite build up for 15 - Scaling & Polishing	580 1450 300 (1150)		
24/11/2018	① Completing RCT of 11 tooth ② Composite buildup of 51 ③ Composite Filling for 13 tooth 9/2/2019 Composite Filling 12 tooth	0		

د. داليا الفايومي  
 Dr. Dalia Elfayoumi  
 ممارس عام طب الأسنان  
 G.P. General Dentist  
 MOH License No.: D40388  
 Orchid Medical Centre

د. داليا الفايومي  
 Dr. Dalia Elfayoumi  
 ممارس عام طب الأسنان  
 G.P. General Dentist  
 MOH License No.: D40388  
 Orchid Medical Centre

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE

TREATMENT

PAYMENT

BALANCE

SIGNATURE

25/2/2019

- Preparation of  
teeth + bite  
Impression + bite  
Shade BL3

54

د. داليا الفايومي  
Dr. Dalia Elfayoumi  
ممارس عام - طبيب أسنان عام  
G.P General Dentist  
MOH License No.: D40359  
Orchid Medical Centre

6/3/2019

try in for upper  
veneers 4 zirconium

د. داليا الفايومي  
Dr. Dalia Elfayoumi  
ممارس عام - طبيب أسنان عام  
G.P General Dentist  
MOH License No.: D40359  
Orchid Medical Centre

10/3/2019

Cementation of 10  
teeth  
6 zirconium + 4 veneers

د. داليا الفايومي  
Dr. Dalia Elfayoumi  
ممارس عام - طبيب أسنان عام  
G.P General Dentist  
MOH License No.: D40359  
Orchid Medical Centre

Amira

Discipl Full Payment  
No Ret 150 Orange

د. داليا الفايومي  
Dr. Dalia Elfayoumi  
ممارس عام - طبيب أسنان عام  
G.P General Dentist  
MOH License No.: D40359  
Orchid Medical Centre

Old teeth  
Composite 150  
Ret + 150  
Discipl Full Payment  
No Ret 150 Orange  
Dr. Dalia Elfayoumi

→ So 6 teeth covered by Zirconium crowns Plus 1000 E-max 4 teeth covered by E-max veneers → 6 + 4 = 10 teeth upper jaw only.

- Scaling & polishing has been given free of charge to the patient as usual for veneers patients.

Dr. Dalia  
13/3/2019

د. داليا الفايومي  
Dr. Dalia Elfayoumi  
ممارس عام - طبيب اسنان عام  
G.P. General Dentist  
ترخيص رقم: D40359  
Orchid Medical Centre - مركز اوركيد الطبي

2400 For All Tooth Filling + RCT + Composit build up  
6000 Zircon 6 Tooth 1000 each  
5500 For 10 veneers each 550

Total Price 13900

RCT - 500  
Filling - 150  
Composit - 650  
Discount provided.  
= 13900  
(12450)  
→ 1450

Total Treatment Charges 13900

Payment Collected.

Cash 550  
1000  
1450.  
Chq Reflected 1500 X 3 = 4500  
Chq Reflected - 2500  
12450





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 550.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001698)

Date:13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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

By Cash 550.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-11-2018

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 : 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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

www.omc1.ae

10/5/2019

- cleaning of remained broken  
veneers of teeth No

3	34
---	----

Dr. Daba

and Impression

→ 30/5/2019

- Fixation of veneers No

3	3	4
---	---	---

Dr. Daba





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001639)

Date:07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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

By Cash **1,000.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **07-11-2018**

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 : 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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 1,450.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001699

Date: 13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **One Thousand Four Hundred Fifty Only**By Cash **1,450.00** / 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 FOR DENTAL TREATMENT**Made by **Rana**

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 أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001765

Date: 21-11-2018

**RECEIPT VOUCHER**

AED 10,000.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **Ten Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **10,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: **1200** Cheque No. **14-15-16-17-18-** Date: **05 Dec 2018**بلغ **05/01/2019 05/02/2019 05/03/2019 05/04/2019 05/05/2019** TOTAL AMOUNT **10000** DHS DUBAI ISLAMIC BANKMade by **Rana**

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001710)

Date:14-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **Three Hundred 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 **300.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-11-2018

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 : 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001779)

Date:24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. Three Hundred 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 300.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-11-2018

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 : 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002594)

Date:09-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty 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 **150.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-02-2019

Being **PART OF PKG TREATMENT**

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 : 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 10,850.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001895)

Date:06-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **Ten Thousand Eight Hundred Fifty 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 **10,850.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-12-2018

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 : 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001639)

Date: 07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

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

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-11-2018

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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

550.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001698)

Date:13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **Five Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **550.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-11-2018

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

No: REC-001699

AED 1,450.00


RECEIPT VOUCHER

Date: 13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **One Thousand Four Hundred Fifty Only**By Cash **1,450.00** / 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 FOR DENTAL TREATMENT**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)**

تم الدفع او لا	التكلفة	نوع العلاج	السن
	1050 درهم	زيركون /	القاطع الوسطي العلوي 1
	1050 درهم	زيركون /	القاطع الوسطي العلوي 1
11/13/14	250 درهم	مسمار /	السن 2 يمين
11/13/14	300 درهم	حشو بنائي /	السن 2 يمين
	1050 درهم	زيركون /	السن 2 يمين
	150 درهم	<del>علاج عصب</del> /	السن 2 يسار
	250 درهم	حشو عادي /	السن 2 يسار
	1050 درهم	زيركون /	السن 2 يسار
	577.5 درهم	فينير /	السن 3 يمين
	577.5 درهم	فينير /	السن 3 يسار
	250 درهم	حشو عادي /	السن 4 يمين
	577.5 درهم	فينير /	السن 4 يمين
	250 درهم	حشو عادي /	السن 4 يسار
	577.5 درهم	فينير /	السن 4 يسار
11/14/15	300 درهم	حشو بنائي /	السن 5 يمين
	1050 درهم	زيركون /	السن 5 يمين
	620 درهم	علاج عصب /	السن 5 يسار
	250 درهم	مسمار /	السن 5 يسار
11/14/15	300 درهم	حشو بنائي /	السن 5 يسار
	1050 درهم	زيركون /	السن 5 يسار

11/14/15

حشو عادي

حشو عادي

السن 3 يسار

11/14/15

السن 3 يسار



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001710)

Date:14-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. Three Hundred 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 300.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-11-2018

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

No: REC-001765

Date: 21-11-2018

AED 10,000.00

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. **Ten Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **10,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: **1200** Cheque No. **14-15-16-17-18-** Date: **05 Dec 2018**being **05/01/2019 05/02/2019 05/03/2019 05/04/2019 05/05/2019** TOTAL AMOUNT **10000** DHS DUBAI ISLAMIC BANK

Made by Ghada

*Cash chq - 1500 X 4 and left chq - 2500***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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001779)

Date:24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. Three Hundred 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 300.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-11-2018

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

**RECEIPT VOUCHER (No.REC-002594)**

Date:09-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. One Hundred Fifty 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 150.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-02-2019

Being PART OF PKG TREATMENT

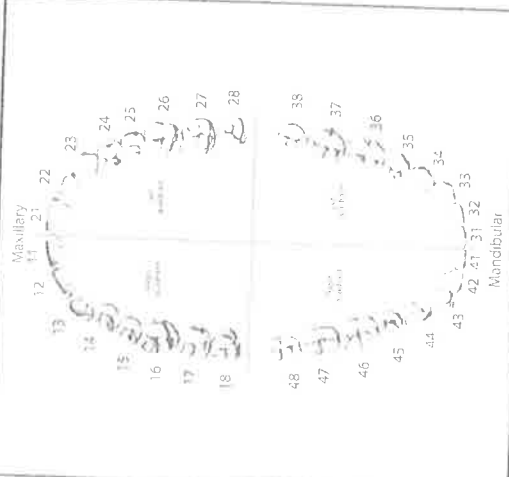
Made by Ghada

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

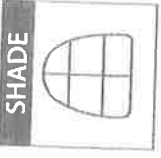
Order No : 5560

Doctor Name : Yousef GMC  
 Clinic Name : GMC  
 Patient Name : Dr. Dalis  
 Age : 30 Gender :  Male  Female

Date : 25/2/2019  
 Received Date :  
 Delivery Date :  
 Others :



Doctors Note:  
10 Teeth  
5 2 1 1 2 5  
Zirconium  
4 3 | 3 4  
Veneers



Shade : B L 3

Taken By :  Doctor  Lab

PONTIC DESIGN:



**ZIRCONIA & ALL - CERAMICS**  
 All-ceramic Crowns & Veneers  
 Full Arch All-ceramic  
 Empress II / Empress  
 Lumineer  
 Veneers  
 Inlay / Onlay  
 Original Plus and Cera

**PORCELAIN FUSED TO METAL**  
 High Precocin  
 Bi-crown / precocin  
 Aven precocin  
 Aven / Free  
 Inlay / Onlay  
 Metal Veneer & core

**REMEDIATION / PROSTHODONTIC SERVICES**  
 Partial Dentures  
 Complete Dentures  
 G.P. General Dentist  
 MOH License No. D48356  
 Orchard Medical Centre  
 Orchard Road, Singapore

**AL ANQA DENTAL LABORATORY LLC.**  
 Ai Mahatah, Al Qasimiya, Behind Commercial Bank of Dubai, Sharjah - U.A.E.  
 P.O.Box : 29406, Mobile : 0522298562, 0522298502  
 E-mail : phoenixdentallab.2016@gmail.com

Dr. Dalis



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

AL TOWER BRANCH

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer

Dinars

مركز أدركيه الطبي  
مركز أدركيه الطبي  
بم ألف وخمسة وثمانون فقط لا غير

التاريخ ٥٥ - ٥١ - ٢٠١٨

يظهر بموجب هذا الشيك لأمر  
أو لحسابه

١٥٠٠ #  
AED

YOUSEF ALI YOUSEF AHMED ALTAMIMI

A/C # 024-520-2601205-01

Cheque No Account No

١٠٠٠٠ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠

Signature  
مركز أدركيه الطبي

Handwritten signature in blue ink.



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

AL TOWER BRANCH

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer

Dinars

مركز أدركيه الطبي  
مركز أدركيه الطبي  
بم ألف وخمسة وثمانون فقط لا غير

التاريخ ٥٥ - ١٢ - ٢٠١٨

يظهر بموجب هذا الشيك لأمر  
أو لحسابه

١٥٠٠ #  
AED

YOUSEF ALI YOUSEF AHMED ALTAMIMI

A/C # 024-520-2601205-01

Cheque No Account No

١٠٠٠٠ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠ ٢٤ ٢٠

Signature  
مركز أدركيه الطبي

Handwritten signature in blue ink.









مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

10,850.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001895)

Date:06-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000990 - YOUSEF ALI - 971529998770

The sum of Dhs. Ten Thousand Eight Hundred Fifty 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 10,850.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-12-2018

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)**



# WARRANTY CARD

**AL ANQA DENTAL LABORATORY LLC.**  
Al Mahatah, Al Quasimiya, Sharjah, UAE,  
Po Box 29406, Mob 0522298562, 0522298502  
Email ; phoenixdentallab.2016@gmail.com

**DOCTOR: DALIA**

**DATE: 02.03.2019**

**CLINIC: orchid medical centre**

AL ANQA DENTAL LABORATORY hereby warrant that the veneers made to yousef are covered under our life time warranty scheme of 5 years from date of production.

Dental laboratory will replace or repair and replace comparable restoration at no charge if the restoration breaks, crack with the use, however our warranty apply to normal wear and tear or in the event restoration damage. the result of misuse abuse and neglect ,accident, improper cleaning and improper application

This warranty letter must be presented in order to avail service under this warranty

AL ANQA DENTAL LABORATORY



Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen ..... BL3 ..... اللون الذي تم اختياره

Design Been Chosen ..... Normal design ..... التصميم الذي تم اختياره

Quantity Agreed to Order..... 10 / 6 Zirconium  
Ten 4 Emax veneers ..... 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 أوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: ..... YOUSUF ALI ..... اسم المريض:

Date: 9 / 3 / 2019 ..... التاريخ: 2019 / 3 / 10

Signature:.....  
..... التوقيع: