



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001162

Date: 12/11/2018

Date: 12/11/2018

Patient Name: Rand Ayoub File Number: 1001162

Date Of Birth: 28/12/1992 Gender: M (F) Marital Status: (الجماعية)

Nationality: Jordan Occupation: (الوظيفة)

Address: Shalsah

E-MAIL: Phone No. (رقم الهاتف): 052 9789632

How did you know about us: Instagram

Medical History التاريخ الطبي	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتلقى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتلقى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقي من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتلقى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبك، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتلقى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تتلقى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تتلقى من مرض السكر أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions: HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحما القبيح etc	No	



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البتة): Weight (kg)	kg	الارتفاع (الطول): Height (cm)	cm	نوعية الدم: Blood Type	
النبض (الدفن): Pulse (ppm)	ppm	الضغط الدم (الدم): Blood Pressure	/	سكر الدم (الدم): Blood Sugar	

سبب زفيرة المريض العففة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسفة Allergies

الأفوفة Medications

الحمل Pregnancy

سفر Surgery, Hospitalization

سفر سابقة ، سفر للمستشفى

Smoking (التففة): Y / N

Alcohol (الكحل): Y / N

Drugs (العقاقف): Y / N

ملاحظات العامة و لسرفوفة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصورة الشعاعفة Radiography

التففة Diagnosis

## Treatment Plan خطة العلاج

Total Amount 16 \* 550 = 8800  
+ 5% vat = 9240

- Down Payment (4000) = 17/11/2018 (Paid)

- First Month = 5/12/2018 (1048) ✓

- Second Month : 5/11/2019 (1048) ✓

- 3<sup>rd</sup> Month : 5/2/2019 (1048) ✓

- 4<sup>th</sup> Month : 5/3/2019 (1048) ✓

- 5<sup>th</sup> Month : 5/4/2019 (1048) ✓

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
10/11/2018	Consultation For veneer.	φ	φ	Dr. Dahi
18/11/2018	veneer preparation for 16 tooth upper + lower. + impression.	9240	φ	Dr. Dahi
29/11/2018	Veneer Cementation 18 tooth (2 Teeth Gift from Mr Duraid)			Dr. Dahi
5/12/18	DM Fille lips Carpele			

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
 D50047  
 Specialist Dermatology

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	Rand Saleh,Ata Ayoub	IDN:	784199225725482	Mother Name:	
Name (Ar)	رند صالح,عطا ايوب	Card Number:	082701488	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	26/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	21/03/2019	Date of Birth:	28/12/1992	Sponsor Name:	جلب كويشن دم م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172113855	Residency Expiry:	21/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO\*

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	Rand Saleh,Ata Ayoub	IDN:	784199225725482	Mother Name:	
Name (Ar)	رند صالح،عطا ايوب	Card Number:	082701488	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	26/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	21/03/2019	Date of Birth:	28/12/1992	Sponsor Name:	جلب كريد شين ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172113855	Residency Expiry:	21/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/10/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

9,240.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001730)

Date: 17-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001162 - RAND AYOUB - 971529789632

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

By Cash 4,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 5,240.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. 113-114-115-116

Date: 17-11-2018

Being 05/01/2019 05/02/2019 05/03/2019 05/04/2019 NBAD BANK

Made by Ghada

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




**NBAD**  
 دبي، الإمارات العربية المتحدة  
**BAI MAIN BRANCH**  
 Pay against this cheque to  
 the Bearer

Date 5/4/2019 التاريخ 000117  
 ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
 او لحامله

مركز امريكى الطبي  
 ألف ومائة وأربعون درهماً فقط

رقم الشيك AED 1048

التوقيع  
 Signature 

**RAND SALEH ATA AYOUB**

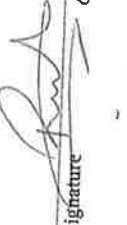
٠٠٠٠ ١ ٦ ٦ ٠ ٢٠ ٣ ٥ ٢٠ ١ ٥٠ : ٠ ٦ ٢٠ ٧ ٤ ٨ ٧ ١ ٣ ٢ ٠

**NBAD**  
 دبي، الإمارات العربية المتحدة  
**BAI MAIN BRANCH**  
 Pay against this cheque to  
 the Bearer

Date 5/8/2019 التاريخ 000116  
 ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
 او لحامله

مركز امريكى الطبي  
 ألف ومائة وأربعون درهماً فقط

رقم الشيك AED 1048

التوقيع  
 Signature 

**RAND SALEH ATA AYOUB**


٠٠٠٠ ١ ٦ ٦ ٠ ٢٠ ٣ ٥ ٢٠ ١ ٥٠ : ٠ ٦ ٢٠ ٧ ٤ ٨ ٧ ١ ٣ ٢ ٠

**NBAD**  
 دبي، الإمارات العربية المتحدة  
**BAI MAIN BRANCH**  
 Pay against this cheque to  
 the Bearer

Date 5/2/2019 التاريخ 000115  
 ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
 او لحامله

مركز امريكى الطبي  
 ألف ومائة وأربعون درهماً فقط

رقم الشيك AED 1048

التوقيع  
 Signature 

**RAND SALEH ATA AYOUB**

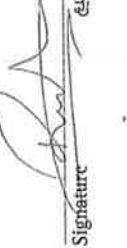
٠٠٠٠ ١ ٦ ٦ ٠ ٢٠ ٣ ٥ ٢٠ ١ ٥٠ : ٠ ٦ ٢٠ ٧ ٤ ٨ ٧ ١ ٣ ٢ ٠

**NBAD**  
 دبي، الإمارات العربية المتحدة  
**DUBAI MAIN BRANCH**  
 Pay against this cheque to  
 the Bearer

Date 5/1/2019 التاريخ 000114  
 ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
 او لحامله

مركز امريكى الطبي  
 ألف ومائة وأربعون درهماً فقط

رقم الشيك AED 1048

التوقيع  
 Signature 

**RAND SALEH ATA AYOUB**


٠٠٠٠ ١ ٦ ٦ ٠ ٢٠ ٣ ٥ ٢٠ ١ ٥٠ : ٠ ٦ ٢٠ ٧ ٤ ٨ ٧ ١ ٣ ٢ ٠

**NBAD**  
 دبي، الإمارات العربية المتحدة  
**BAI MAIN BRANCH**  
 Pay against this cheque to  
 the Bearer

Date 5/12/2018 التاريخ 000113  
 ادفعوا بموجب هذا الشيك الى  
 او لحامله

مركز امريكى الطبي  
 ألف ومائة وأربعون درهماً فقط

رقم الشيك AED 1048

التوقيع  
 Signature 

**RAND SALEH ATA AYOUB**

٠٠٠٠ ١ ٦ ٦ ٠ ٢٠ ٣ ٥ ٢٠ ١ ٥٠ : ٠ ٦ ٢٠ ٧ ٤ ٨ ٧ ١ ٣ ٢ ٠

Handwritten notes in Arabic:  
 "Cheque" (شيك)  
 "Fire Receipt" (إقرار بحرق)  
 "17/11/19" (17/11/19)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001850

Date: 29-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001162 - RAND AYOUB - 971529789632**The sum of Dhs. **One Hundred Only**By Cash **100.00** / 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 FILLER OFFER 900 DHS - NON REFUNDABLE**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

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001886)

Date:05-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001162 - RAND AYOUB - 971529789632

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **845.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **100.00**

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)



# Warranty Certificate

We stand behind all our work and offer you a warranty on your dental work so you can have peace of mind that if anything were to happen, we will fix it at no cost.

Date: 11<sup>th</sup> November 2018

Patient: **RAND AYOUB**

Order No: **13852/548**

Clinic: **ORCHID MEDICAL CENTER**

TREATMENT	WARRANTY	PATIENT RESPONSIBILITY SIMPLE REQUIREMENTS
<p><b>Crowns and Bridges / Porcelain Veneers</b></p> <p><b>5 Year Warranty</b></p>	<p>Any fracture with normal use, we will replace or repair them at no additional charge</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Have all recommended dental treatment performed at our office including the treatment of jaw occlusal dysfunction and use of night guards if recommended.</li> <li>2. This warranty does not include anything not mentioned here, including recurrent decay, fracture of tooth structure, root canal therapy, night guards, nor does it cover damages caused by accidents, trauma, neglect, or improper use (e.g. chewing on ice or biting nonfood items).</li> <li>3. Other terms and restrictions may apply.</li> </ol>

*I have read and understood the requirements that I must satisfy to quality for the extended warranty provided by our dental laboratory.*



Medical Director \_\_\_\_\_ Patient Signature \_\_\_\_\_

Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Office No: 407, 4<sup>th</sup> floor ENI Sapphire Tower,  
Behind Al Habtoor Motors near Dnata Deira  
P.O. Box: 25120 Dubai, UAE

Tel: +971 4 2540 544  
Fax: +971 4 2540545  
Email: info@appledentalart.com