



Date: 25/12/2018

File Number: 1001351

Patient Name: Shaimaa Mohamed

إسم المريض: 1001351

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6/1/1984 M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): Egypt

Phone No. (رقم الهاتف): 01027771698

Address (العنوان): Sharmah

How did you know about us: Investigator

التاريخ الطبي Medical History

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X	سكروية
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس نقص المناعة البسيطة...etc	X	



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.

نموذج القرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
الموافق.

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

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

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

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

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

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات
كالإنتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد بقي الملف صحية و
أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإفلاج عليها دون
موافقتي.

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم هذا القرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
أني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أني وقعت عليه بكامل إرادتي.

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

Date: ... / ... /

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

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg _____

Height (الطول): 164 cm

Blood Type (دم): _____

Pulse (النبض): ppm _____

Blood Pressure (دم): / _____

Blood Sugar (سكر الدم): _____

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

Allergies الحساسية Strawberries / water melon

Medications الأدوية None

Pregnancy الحمل None

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , اإخال المستشفى ~~to~~ due to C.S.

Smoking (التدخين): Y N

Alcohol (الكحول): Y N

Drugs (العقاقير): Y N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

over weight only

الفحص Examination

BCA test

Radiography الصور الشعاعية

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

27.1.2019

For M. Osmally / RF
Session no. 1A

[Handwritten signature]

Rad

30.1.19

1st session done

- Aortic 0/025

3W

Dr. MOHAMMAD FAYEZ BADAANI
D550047
Specialist Dermatologist

Doctor's Signature and Stamp

PATIENT NAME: Shaima

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
	<u>25/12/2018</u>			
	- scaling & polishing + zoom bleaching + home bleaching kit	Package		<u>Dr. Dahi</u>
	26/12/19 - HR UNDERARM + FULL BIKINI (DEKA)			
	29/12/16 - Profacial + mask done			
	8/1/19. Consultation Healthy tips lactating healthy tips & change life style tips.			
	17/1/19 - HR FACE (DEKA)			
	4/1/2020 - 2otox(0.7) next app, 18/1/2020		1000	
	18/1/2020 : dysport(0.15) Plan: open pores Goldstamp + MESA			
	23/01/20 - hair - face - face (Deka)			

د. غوران جوانمير
Dr. Goran Jouanmir
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No. 10220
مركز اوركيدي الطبي
Orchid Medical Center

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Center
مركز اوركيدي الطبي

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Center
مركز اوركيدي الطبي

18



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 493.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002063

Date: 25-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600**The sum of Dhs. **Four Hundred Ninety Three and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **493.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE FOR PACKAGE 1000 DHS(BIKINI + UNDERARM + PROFACIAL+DIETITION) PENDING**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

556.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002062)

Date: 25-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 556.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2018

Being PACKAGE 1000 DHS

Made by Ghada

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



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات نوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroequenon on Site? Yes / No No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكوينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل قمت بتق أو كنت في أشعة الليزر مؤخراً في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشموم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبيروتك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair.

I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:

- It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
- I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect

side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.

I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

..... / /

أقر أنا أنني أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر. أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر أنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي الكامل و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية لحرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

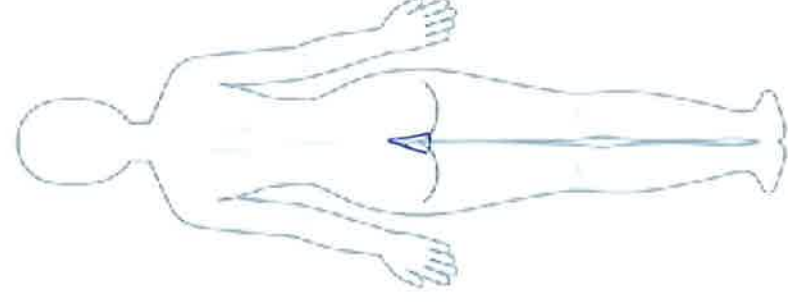
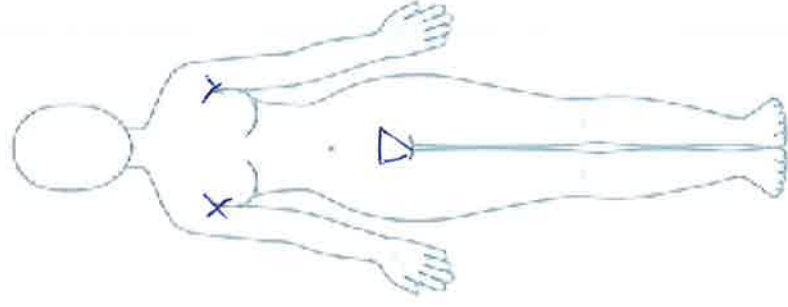
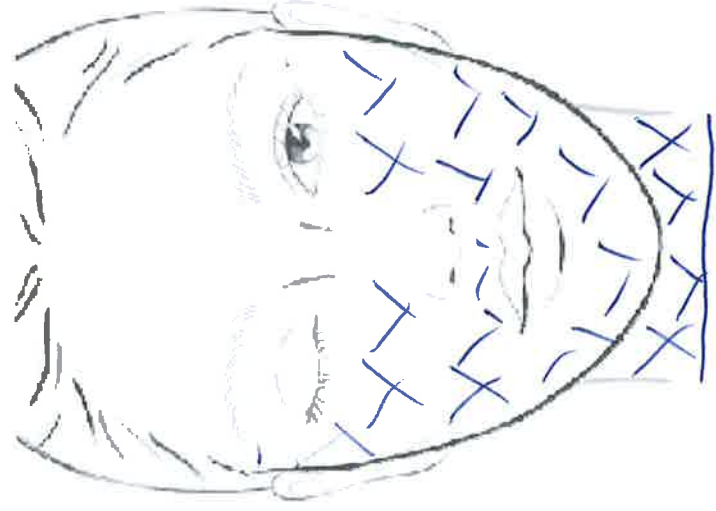
أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لمي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: **اسم المريض:** Evaluation and consent form completed? Yes / No
 File Number: **رقم الملف:** Pretreatment photography taken? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	26/12/18	17/1/19	31/01/20			
Treatment Area	UNDERARM + FULL BIKINI	FACE	FACE			
Hair Type	THIN	MEDIUM	Soft / Med			
Mode	ALEX / NOXAE	NOXAE	Alex: 20			
Fluence	15J/5	15J/5	8J/10ms			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1				
Starting Time	2:30 PM	10:50 AM	4:10 PM			
Finish Time	2:50 PM	11:10 AM				
Post Treatment	MOVED MED	FUCIDIN H	HIRODOL			

Therapist Name and Signature **BUESSIE**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

294.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002069)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600

The sum of Dhs. Two Hundred Ninety-Four 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 294.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

Being PACKAGE 1000 (PRO-FACIAL PENDING)

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

199.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002112)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600**The sum of Dhs. **One Hundred Ninety-Nine Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **199.50**

Bank: Cheque No.

Date: **29-12-2018**Being **PACKAGE 1000 (ONLY DIETITIAN PENDING)**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-002348)

Date: 17-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 17-01-2019

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

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002433

Date: 27-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **840.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR MICRONEEDLING - NON REFUNDABLE**Made by **Ghada**

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006889)

Date:04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600**

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

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

Bank: Cheque No. Date: **04-01-2020**

Being **BOTOX + 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

Confirmed by : **1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600**

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

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 4/11/2026

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الأدوية 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 بالألم وحرق ونبيس وتورم وزرراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زرغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم 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 أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

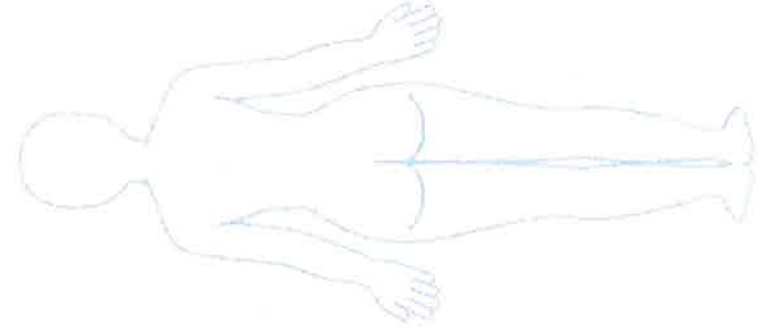
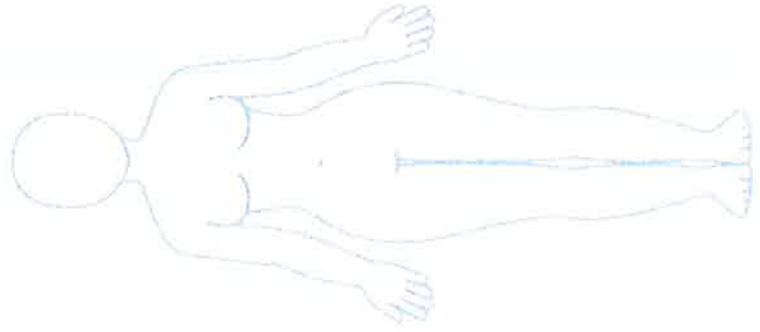
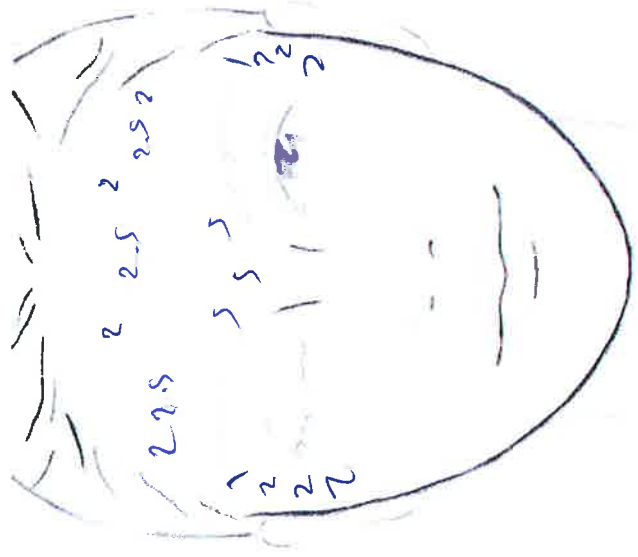
أنا وافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق
نعم لا

التوقيع: Shahana

اسم المريض: Shahana Mohana

التوقيع: Prwesa

اسم المعالج: Prwesa



Filler Injection Log

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

Botox Injection Log

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

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007369)

Date:31-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-01-2020

Being 1 session full face + 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 : 1001351 - SHAIMAA MOHAMED - 971567771600

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