



File No:

Date: 25/2/19

Date: 25/2/19

File Number ... 1201673

Patient Name: Maysa Abu Assi

اسم المريض: ميسا عيسى

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/11/81... Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Sudanese

Occupation (الوظيفة): Pharmacist

Address (العنوان): S.M.A.S.A.

Phone No. (رقم الهاتف): 050-5996762

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، Other امراض كبدية اخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HIV, HSV...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.

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اسرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمت لي قد بقي الماعف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 ارادتي

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



التاريخ: ... / ... / ...

07/22/2017

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

19/3/2019

Reproductive Ailie

no IT
no allergy
Period OK

→ For Hydro-fault

Rx

Peritum 500mg wsf
s' m m
day

Dr. MOHAMAD EYAZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

x 2-3 week for GoldStep

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE TREATMENT PAYMENT BALANCE SIGNATURE

25/2/19 Pro facial elave 2 masks
28/3/19 repeat stamp done

07/05/19 LHR Under Arm (DEKA) 1st Session done
She will Come for face after One week.

PT Paid Advance For 3 Session
Carbon + 2 Session Chemical
Peel For under arm + whitening
Mask 1500 & 10

23.5.19 whitening Mask Done

12.6.19 peeling Under Arm

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

350
490

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810

1500
810



precisely Kindly Answer the following questions

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جبرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم أو تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ 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 سابقا 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 , patient's 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 بصحة... إنسانة... جمال
مركز أوركييد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز الليزر المعتمد.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وتفهم ان 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 كالخلع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني 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 اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم انه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يقببه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج.

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 أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأت لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

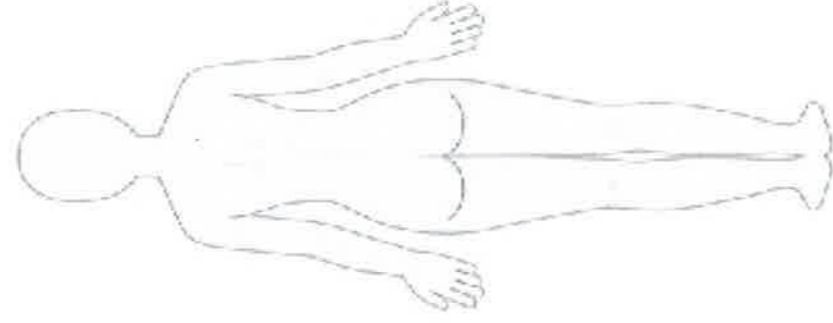
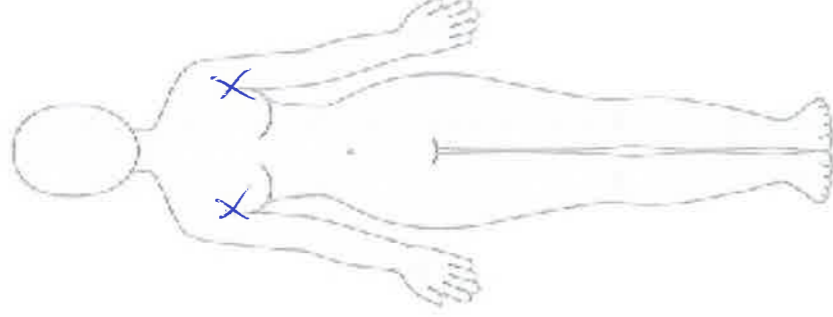
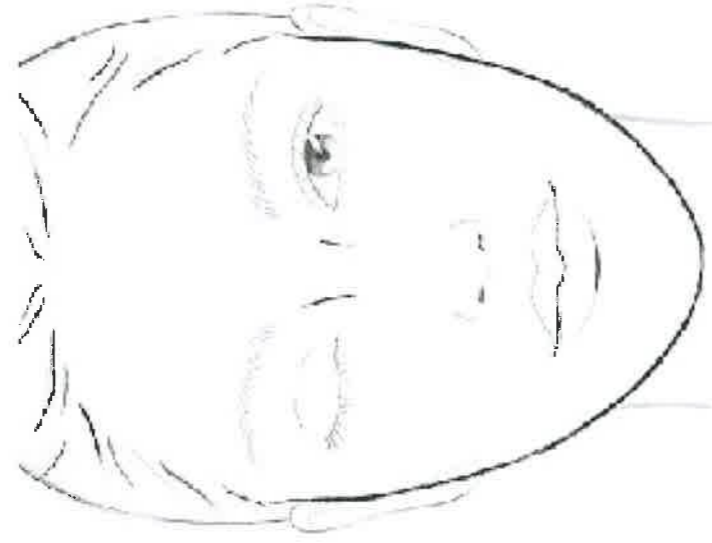
التاريخ

07/05/2017

اسم المريض..... Patient's Name.....

رقم الملف..... 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	07/05/19					
Treatment Area	U.A					
Hair Type	Coarse					
Mode	NDYAG					
Fluence	13J/18ms					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	9:30 PM					
Finish Time	9:40 PM					
Post Treatment	MEBO advised					

Therapist Name and Signature

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	Maisa Hassan, Mahmoud Abu Assi	IDN:	784198104764752	Mother Name:	
Name (Ar)	ميساء حسن, محمود ابو عاصي	Card Number:	090195118	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar)		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	26/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/07/2021	Date of Birth:	01/01/1981	Sponsor Name:	حسن محمود سليمان ابو عاصي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05656933
Residency Type:	03	Residency Number:	30119983057417	Residency Expiry:	23/07/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/25/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002755)

Date:25-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**The sum of Dhs. **Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **367.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **25-02-2019**Being **Pro-Facial treatment**Made by **Rana**

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003000)

Date: 17-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**

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: **17-03-2019**

Being **CONS + 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 : **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 514.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003119)

Date:28-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

The sum of Dhs. Five Hundred Fourteen Dirhams and Fifty Filis Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 514.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-03-2019

Being GOLD STAMP + 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 : 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003613)

Date:07-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-05-2019

Being **3 SESSION UNDER ARMS + 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 : 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003680

Date: 14-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,500.00 (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 SESSION CARBON 700 + 2 SESSION CHEMICAL PEEL UNDER ARM 1000 + 1 SESSION WHITENING MASK + 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

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003681)

Date:14-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty 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 1,260.00

Bank: Cheque No. Date: 14-05-2019

Being 1 SESSION CHEMICAL PEEL UNDER ARM + CARBON PEEL 3 SESSION OFFER + 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 : 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,024.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009890)

Date: 04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

The sum of Dhs. One Thousand Twenty-Four 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 1,024.50

Bank: Cheque No.

Date: 04-07-2020

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 : 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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

Handwritten signature and notes in blue ink:

1001673
Discom
24
AS
M
M/HA
24
AS
M



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 900.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009889)

Date: 04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

The sum of Dhs. Nine 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 900.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-07-2020

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 : 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 240.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009888)

Date: 04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**

The sum of Dhs. **Two Hundred Forty 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 **240.00**

Bank: Cheque No.

Date: **04-07-2020**

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 : **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009887)

Date:04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

The sum of Dhs. One Thousand Five 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 1,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-07-2020

Being 3 UNIT ZIRCON CROWN + 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 : 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003760)

Date:22-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: 22-05-2019

Being **CARBON PEELING + 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 : 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,037.50

No: REC-009885

RECEIPT VOUCHER

Date: 04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**

The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Thirty Seven and Five Fils Only**

By Cash **1,037.50** / 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 **3 UNIT CROWN + 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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 900.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009884

Date: 04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001673 - MAISA HASAN - 971505996762**

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

By Cash **900.00** / 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 **3 UNIT CROWN + 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

2020/7/4

اسم المريض: ميساء حسن

رقم الملف: 1001673

ضمان تركيب زيركون.
(3) تركيبات زيركونه

ضمان خمس سنوات من المختبر فيما يتعلق بتركيبة الاسنان, الضمان يشمل اي مشكلة ناتجة عن عيوب التصنيع او التركيب, مع مسؤولية المريض على العناية بالصحة القوية والفحص الدوري والصحة العامة للاسنان.

الضمان لايشمل اي تكسير او ضرر ناتج عن اي حوادث او عوارض خارجية او سوء استخدام.

ضمان خمس سنوات يبدأ الضمان من تاريخ هذه الرسالة.

شكرا لأختياركم كيد الطبي....



Tel : +971 6 555 8337, Fax : +971 6 528 8130, E-mail: info@omc1.ae

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009647

Date: 24-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001673 - MAISA HASAN - 971505996762

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,500.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **3 unit crown balance 1937.50**

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