



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٦٩٥

Date: 28/2/2019

Date: 28/2/2019 File Number: ١٥٥١٦٩٥

Patient Name: Sally Saeed اسم المريض: سالي سعيدي

Date Of Birth: ١١/١١/٥٠ Gender: M / F الحالة الاجتماعية: متاهة

Nationality: الجنسية: المصري Occupation: الوظيفة: الجراح

Address: العنوان: S.a.l.l.y.A.b.d.u.l.l.a.h.89@net.sci.edu.eg Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٧٥٦٧٣٧٧

E-MAIL: S.a.l.l.y.A.b.d.u.l.l.a.h.89@net.sci.edu.eg How did you know about us: كيف عرفتنا: من خلال

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	نعم	قشرية
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	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 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: ٢٤ / ٢ / ٢٠١٩

نموذج إقرار 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 يكشف 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 قدمته لدي فحسي الملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية 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 (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

* Patient came to change the shape and the color of her teeth (under the husband's request).

- ① scaling & polishing.
- ② 20 tooth veneers.
- ③ Composite fillings in teeth Nos.

7 6	6 7
8 7 6	6 7 8

(she requested to start with the scaling → polishing then veneers construction, as she will do the composite fillings in some where else ~~in~~ Insurance.

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Dabot

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
------	-----------	---------	---------	-----------

28/21/2019

Consultation &
 Impression for
 veneer.
 (B11)
 Veneers 9900 offer

Dr. Dahi

4000

3/3/2019

preparation of 20
 tooth for veneers.
 Impression + bite
 (9900 DHS)
 Full smile offer

Dr. Dahi

7/3/2019

Cementation of 20
 tooth veneers.

Dr. Dahi

scaling & polishing
 D. Amie

د. اميرة حسن
 Dr. Amira Hassan
 عامر بن عامر - طبيب أسنان عام
 G.P General Dentist
 ترخيص رقم: 057288
 MOH License No: 057288
 مركز الورقة الطبي
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Sali,Abdullati,Mohammed,,Saeed	IDN:	784198953614165	Mother Name:	
Name (Ar)	سالي عبدالله محمد وسعيد	Card Number:	092239084	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	18/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	15/12/2021	Date of Birth:	05/11/1989	Sponsor Name:	سيد منصور علي بن عقيل بن ماضي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	648994
Residency Type:	03	Residency Number:	15220173018389	Residency Expiry:	15/12/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/28/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002786

Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001690 - SALI SAEED - 971507567377

The sum of Dhs. **Four Thousand Only**By Cash **4,000.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Date: _____

Cheque No. _____

Being **first payment of veneers offer 9900**Made by **Rana**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.aewww.omc1.ae

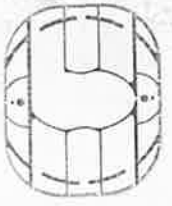
United Arab Emirates



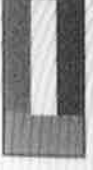
دولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

بطاقة هوية



ID Number / رقم الهوية
784-1992-4827058-1



الإسم: سيف منصور على بن عقيل
بن ماضي

Name: Saif Mansour Ali Bin Oqail
Bin Madhi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Nationality: United Arab Emirates



بنك الاتحاد الوطني
UNION NATIONAL BANK
ISBG-Rtl Khalifa Br.

التاريخ Date 28-3-2019

Pay against this cheque to or the Bearer
أدفعوا بموجب هذا الشيك إلى
أو لحامله
Dirhams one Thousand Sixty Six only

درهم AED #1066/-

Saif Mansour A Bin Oqail Bin Madhi

Do not Write Below This Line

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈000015404511032⑈4459364330⑈



بنك الاتحاد الوطني
UNION NATIONAL BANK
ISBG-Rtl Khalifa Br.

التاريخ Date 28-4-2019

Pay against this cheque to or the Bearer
أدفعوا بموجب هذا الشيك إلى
أو لحامله
Dirhams one Thousand Sixty Six only

درهم AED #1066/-

Saif Mansour A Bin Oqail Bin Madhi

Do not Write Below This Line

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈000015404511032⑈4459364330⑈



بنك الاتحاد الوطني
UNION NATIONAL BANK
ISBG-Rtl Khalifa Br.

التاريخ Date 28-5-2019

Pay against this cheque to or the Bearer
أدفعوا بموجب هذا الشيك إلى
أو لحامله
Dirhams one Thousand Sixty Six only

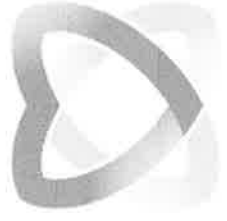
درهم AED #1066/-

Saif Mansour A Bin Oqail Bin Madhi

Do not Write Below This Line

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈000015404511032⑈4459364330⑈



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,396.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002841

Date: 04-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001690 - SALI SAEED - 971507567377

The sum of Dhs. Six Thousand Three Hundred Ninety Six Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 6,396.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: 1200 Cheque No. Date: 01 Jan 1900

Being patient paid for veneer offer 9900 + vat paid in cash 4000 and the rest by 6 cheque cheques
Number:0000164045110324459364330 / 0000154045110324459364330 / 0000144045110324459364330 /
0000134045110324459364330 / 0000124045110324459364330 / 0000174045110324459364330

Made by Rana

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 BL1 اللون الذي تم اختياره.....

Design Been Chosen Bunny smile التصميم الذي تم اختياره.....

Quantity Agreed to Order 20 tooth العدد المتفق على تركيبه.....

Notes:..... ملاحظات أخرى:.....

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

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

Patient Name: SALLY SAEED

اسم المريض: Sally Saeed

Date: / / 2019

التاريخ: 2019 / 3 / 7

Signature:.....

التوقيع:.....

ORCHID MEDICAL CENTER


MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
205	MAS	9900	4000	✓		6396/-	0

BALANCE AMOUNT

INSTALLMENT DETAILS

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
Union National B	28-3-19	000016	#1066/-	
Union National B	28-4-19	000015	#1066/-	
Union National B	28-5-19	000014	#1066/-	
Union National B	28-6-19	000013	#1066/-	
Union National B	28-7-19	000012	#1066/-	
Union National B	28-8-19	000017	#1066/-	


 CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:
 NAME & SIGNATURE WITH DT: 31
04/03/19

TOTAL _____

ORCHID MEDICAL CENTER

TREATMENT PLAN

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE
Sally Saeed	1001690	Veneers offer 9900

TREATMENT PLAN	AMOUNT	NO: OF STEPS
① - Scaling & polishing	Free	one step
② - 20 tooth veneers	9900 + 5% vat	two steps
③ - Composite Fillings For		
76 67		
876 678		
she will do it out side because we don't have insurance yet		
TOTAL AMOUNT	9900	0

+ 5% vat

Prepared By :

Dr. Dabira

1000 Advance
 Cash - 6396
 10396
 Receiving on 28/12/19
 Che collect on 30/12/19



WARRANTY CARD

AL ANQA DENTAL LABORATORY LLC.
Al Mahatah, AlQuasimiya, Sharjha, UAE,
Po Box 29406, Mob 0522298562, 0522298502
Email : phoenixdentallab.2016@gmail.com

DOCTOR: DALIA

DATE: 06.03.2019

CLINIC: orchid medical centre

AL ANQA DENTAL LABORATORY hereby warrant that the veneers made to SALLY SAEED 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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003088)

Date:26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001690 - SALI SAEED - 971507567377

The sum of Dhs. Four Thousand 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 4,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-03-2019

Being 20 TOOTH VENEER COMPLETED- 4000 ADVANCE RECD BALANCE 6 CHQ @ 1066/- EACH CHQ START FROM 28.03.19-28.08.19

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 : 1001690 - SALI SAEED - 971507567377

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004611)

Date:03-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001690 - SALI SAEED - 971507567377**The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **03-08-2019**Being **Pro-Facial treatment + 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 : **1001690 - SALI SAEED - 971507567377**

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