



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,040.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003049

Date: 23-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001785 - OMAR HASAN - 971554567545The sum of Dhs. **Five Thousand and Hundred Fourty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **5,040.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____

Date: _____

Cheque No. _____

Being **PT PAID FOR 2 TOOTH IMPLANT + 1200 EXTRA FOR 4 TOOTH DIGITAL CROWNS + 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**

4 Implant 7200

2 Composit 300

3 Temporary filling 300

Total Paid

12600

Total Invoiced

1080

(Balanced 2520)

orchidsvr/orchid2/receipts_advances.aspx

1/



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,930.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003032

Date: 20-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001785 - OMAR HASAN - 971554567545

The sum of Dhs. Six Thousand Nine Hundred Thirty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 6,930.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 2 TOOTH IMPLANT 3600 + 6 CROWN 3000 + VAT DONE BY DR CHEENO**

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 630.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003103

Date: 27-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001785 - OMAR HASAN - 971554567545**The sum of Dhs. **Six Hundred Thirty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **630.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 2 TOOTH DIGITAL + 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

4 Implant



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001785

Balance 2520

Date: 19/03/2019

Date: 19/03/2019 File Number: 1001785
Patient Name: Omar Mohammad
Date Of Birth: 15/09/2000 Gender: (M) F Marital Status: (الزوجة الاجتماعية) لا
Nationality: الإمارات العربية المتحدة
Address: دبي
E-MAIL: dhabaishaikh@hotmail.com
Phone No. (رقم الهاتف): 0554567545
How did you know about us: Internet

التاريخ الطبي	Medical History	No	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
الحالة الطبية	Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment الأدوية أو تلقي أي علاجات حديثاً؟			
Corticosteroids الستيرويدات؟			
Allergies الحساسية؟			
Surgical Operations عمليات من أي أمراض؟			
Cardiac surgery, Rheumatism, valve, Congenital valve, Congenital valve, Congenital valve, Congenital valve جراح القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب			
High Blood Pressure, Bleeding في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟			
Anemia, Leukemia (مرض الدم)			
Chest disease, Asthma, Emphysema التهاب في القصبات، السعال، أمراض أخرى			
Renal, Urinary, Sexually transmitted diseases هل تعاني من الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟			
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟			
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى			
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟			
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟			
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟			
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط...etc			

Handwritten notes on a yellow sticky note:
1 Implant Dove 7200
6 Digital crown 4800
Not Done
Perforated
2



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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: ... / ... /

نموذج أقرار 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 الأشمل 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهد لتتبع العلاج و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قد بقي السلف 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 الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
- توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: ١٩/٠٦/٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصية 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 , ادخال 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

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

مطلوب ما يوزن

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

Public Data Readed Suc

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	Omar, Mohammed, Hassan, Ali, Aldhuhoori	IDN:	784200104109689	Mother Name:	
Name (Ar)	عمر محمد حسن علي الظهوري	Card Number:	089730180	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	401005399
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	27/06/2018	Date of Birth:	15/09/2001	Sponsor Name:	
Expiry Date:	27/06/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

3/20/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,930.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003032

Date: 20-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001785 - OMAR HASAN - 971554567545

The sum of Dhs. Six Thousand Nine Hundred Thirty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 6,930.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR 2 TOOTH IMPLANT 3600 + 6 CROWN 3000 + VAT DONE BY DR CHEENO

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 5,040.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003049

Date: 23-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001785 - OMAR HASAN - 971554567545**

The sum of Dhs. **Five Thousand and Hundred Fourty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **5,040.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **PT PAID FOR 2 TOOTH IMPLANT + 1200 EXTRA FOR 4 TOOTH DIGITAL CROWNS + 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

No: REC-003103

RECEIPT VOUCHER

AED 630.00

Date: 27-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001785 - OMAR HASAN - 971554567545**The sum of Dhs. **Six Hundred Thirty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **630.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 2 TOOTH DIGITAL + 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 600.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003302)

Date: 10-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001785 - OMAR HASAN - 971554567545

The sum of Dhs. Six Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 600.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-04-2019

Being 3 temporary fillings for 3 tooth each 100 aed total 300 aed + 2 composite fillings one surface each for 2 teeh each 150 total 300

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 : 1001785 - OMAR HASAN - 971554567545

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

www.omc1.ae

Done