



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001952

Date: 13 / 04 / 2019

Date: 13 / 04 / 2019  
File Number: 1001952  
اسم المريض: حوراء حمران  
Patient Name: A. A. MERACH  
اسم المريض: حوراء حمران  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13 / 07 / 1975 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Nationality (الجنسية): Morocco Occupation (الوظيفة): ELECTRONIC ENGINEER  
Address (العنوان): MUHAJIRINAH, DUBAI Phone No. (رقم الهاتف): 0585502624  
E-MAIL: jawad.m@hotmail.co.uk How did you know about us: INSTAGRAM

التاريخ الطبي Medical History			
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثاً؟		No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		YES	DUST PARTICLES
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟		No	
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، أي أمراض كبدية أخرى		No	
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؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc		No	

## 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: ١٣ / ٠٤ / ٢٠١٩



## 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 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 اي ضمانات او نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما 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
- 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 فتحي للطاقم الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): ٨٨ Kg	Height (الطول): ١٨٤ cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض):	Blood Pressure (دمية الدم): /	Blood Sugar (دمية السكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، اذخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (دوائية): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

## Treatment Plan خطة العلاج

- ① Removal of 18 to 57h.
- ② Implantation in the area of

7 6 | 5 6 7

- ③ prosthetic appliance fabrication

in the upper arch after  
Implantation has been done.

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Dahig



REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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**

<b>Name</b>	Jaouad,Merach	<b>IDN:</b>	784197554042974	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	جواد,مراش	<b>Card Number:</b>	092690984	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	MAR المغرب	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Issue Date:</b>	20/01/2019	<b>Date of Birth:</b>	13/07/1975	<b>Sponsor Name:</b>	(شركة من س لواته المعاولات (س ل م م
<b>Expiry Date:</b>	16/01/2021	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	20120072557778	<b>Residency Expiry:</b>	16/01/2021
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Occupation:</b>	8282	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL				



Photo



Signature Image

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

4/13/2019





مركز أوركيدي الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003335

RECEIPT VOUCHER

AED 4,000.00

Date: 13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

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

Bank: Cheque No. Date:

£ **g ADVANCE FOR 4 IMPLANT TOTAL AMOUNT 8800**

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

**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 8,900.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003355)

Date:15-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

The sum of Dhs. **Eight Thousand Nine Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,900.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **4,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-04-2019

Being **4 IMPLANT DONE WITHOUT VAT + INJECTION**

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 : **1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003371)

Date: 16-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **100.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No. Date: 16-04-2019

Being **INJECTION**

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 : 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

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

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003382)

Date:17-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

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

By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-04-2019

Being **INJECTION**

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 : 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003427)

Date:23-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

The sum of Dhs. **Four Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **400.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 23-04-2019

Being **2 TOOTH Extraction**

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 : 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003640

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

Date: 09-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

ng **ADVANCE FOR WHITENING HOME BLEACHING 150 + 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

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003833)

Date:29-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 29-05-2019

Being **scaling and polishing + 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 : 1001952 - JAOUAD MERACH - 971505022624

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)