



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 2/5/19

File Number: 1002083

Date: ٢٠١٩ / ٥ / ٢
Patient Name: T.MANE, E.CABRINI
Date Of Birth: ٢٠١٤ / ١١ / ١٩٨٣ Gender: (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married
Nationality: (الجنسية): ITALIAN Occupation: (الوظيفة): MANAGER
Address: (العنوان): DUBAI, MARINA, SALAF, TOWER, Apt. 16 Phone No. (رقم الهاتف): ٥٠٢٢٢٦٩٨٩
E-MAIL: E.CABRINI@GMAIL.COM How did you know about us: INSTAGRAM

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثاً؟	No	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	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	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	No	
Other conditions Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط...etc	No	No	

Treatment Plan خطة العلاج

- ① Scaling → polishing
- ② Gingivectomy. 3 2 /
- ③ veneers ~~1 2 3~~ 3 2 / 1 2 3
around 5 4 3 2 / 1 2 3 4 5
- + Zircons for 5 4 / 4 5

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Doha



PATIENT NAME: OT WANA
FILE NO#: 1002083

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
2/5/2019	Consultation (paid) 6300 For veneers. + Impression for study cast.			Dr. Dabab
	Gingivectomy 3213	5000		Special V. Hano 9/5/2019
18/5/2019	Preparation SF [20] tooth			Dr. Dabab
	54321 12345			
	54321 12345			
	54 45			
	Zirconium crowns.			
	321 123			
	54321 12345			

Veneers.
20/5/2019
-preparation of the crowned ceramic teeth
54 | 45
Dr. Dabab



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003551

AED 6,300.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 02-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002083 - OTMANE 00. - 971505800575

The sum of Dhs. Six Thousand Three Hundred Only

By Cash 6,300.00 / 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 **ADVANCE FOR 16 TOOTH VENEER 7920 + 4 ZIRCON CROWN 4000 + GINGINECTOMY 500 + 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.aewww.omc1.ae

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen BL2 اللون الذي تم اختياره.....

Design Been Chosen Normal as his natural teeth. التصميم الذي تم اختياره.....

Quantity Agreed to Order [4] zircon crowns and [16] veneers. العدد المتفق على تركيبه.....

Notes:..... ملاحظات أخرى:.....

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

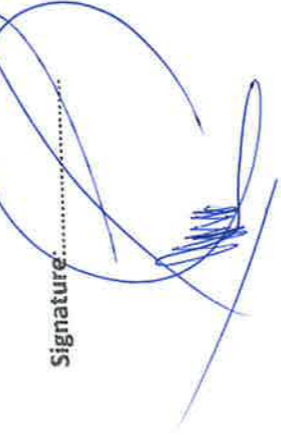
لقد قرأت ووافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: .. OTIMANE HARRIDI اسم المريض:

Date: 30 / 5 / 2019

التاريخ: 2019 / /

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
16 Veneer 4 Crowns 1 Gings WTS	495 1000 500	<u>13041</u>	6300	✓		6	<u>6741</u>

**BALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS**

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
ADCB	1/6/19	29	1741	Collectors Original 30/5/19
	1/7/19	30	1000	
	1/8/19	31	1000	
	1/9/19	32	1000	
	1/10/19	33	1000	
	1/11/19	35	1000	
TOTAL			<u>6741</u>	

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:

NAME & SIGNATURE WITH DT :

HIBA

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

Dubai Mall, DUBAI

Pay OKCHID MEDICAL CENTER
against this cheque to or the bearer

Dirhams ONE THOUSAND SEVEN HUNDRED FORTY

ONE DIRHAMS ONLY

OTMANE EL ABRIDI

10367524132001

Cheque No. رقم الشيك

Account No. رقم الحساب

١١٠٠٠٠٠٠٢٩٠٠٤٠٠٠٣٢٠١٦٧٥١٠٠٤٦٦٦٩٢٢٣٣٠٠١١

Date التاريخ ٥٨-٥٦-٢٠١٩

أرغبوا بخصم هذا الشيك إلى

أرغبوا

Dirhams

AED 1,741.00

بمبلغ

Signature

Please do not stamp/sign below the line

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

Dubai Mall, DUBAI

Pay OKCHID MEDICAL CENTER
against this cheque to or the bearer

Dirhams ONE THOUSAND DIRHAMS ONLY

OTMANE EL ABRIDI

10367524132001

Cheque No. رقم الشيك

Account No. رقم الحساب

١١٠٠٠٠٠٠٣١٦٠٤٠٠٣٢٠١٦٧٥١٠٠٤٦٦٦٩٢٢٣٣٠٠١١

Date التاريخ ٥٨-٥٦-٢٠١٩

أرغبوا بخصم هذا الشيك إلى

أرغبوا

Dirhams

AED 1,000.00

Signature

Please do not stamp/sign below the line

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

Dubai Mall, DUBAI

Pay OKCHID MEDICAL CENTER
against this cheque to or the bearer

Dirhams ONE THOUSAND DIRHAMS ONLY

OTMANE EL ABRIDI

10367524132001

Cheque No. رقم الشيك

Account No. رقم الحساب

١١٠٠٠٠٠٠٣١٦٠٤٠٠٣٢٠١٦٧٥١٠٠٤٦٦٦٩٢٢٣٣٠٠١١

Date التاريخ ٥٨-٥٦-٢٠١٩

أرغبوا بخصم هذا الشيك إلى

أرغبوا

Dirhams

AED 1,000.00

Signature

Please do not stamp/sign below the line

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

Dubai Mall, DUBAI

Pay **ORCHID MEDICAL CENTER**
against this cheque to or the bearer
Dimems **ONE THOUSAND DIRHAMS ONLY**

OTMANE EL ABRIDI
10367524132001

Cheque No. رقم الشيك

Account No. رقم الحساب

٠٠٠٠٠٣٤٠٠٣٢٠٦٧٥٠٠٤٦٦٩٢٢٣٣٠٠

Date التاريخ ٠١-١٠-٢٠١٩

أدخلوا بوضوح هذا الشيك إلى
أو ختمه

رقم
AED ١,٠٠٠.٠٥

بصحة

التوقيع
Please do not stamp/sign below the line

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

Dubai Mall, DUBAI

Pay **ORCHID MEDICAL CENTER**
against this cheque to or the bearer
Dimems **ONE THOUSAND DIRHAMS ONLY**

OTMANE EL ABRIDI
10367524132001

Cheque No. رقم الشيك

Account No. رقم الحساب

٠٠٠٠٠٣٤٠٠٣٢٠٦٧٥٠٠٤٦٦٩٢٢٣٣٠٠

Date التاريخ ٠١-١٠-٢٠١٩

أدخلوا بوضوح هذا الشيك إلى
أو ختمه

رقم
AED ١,٠٠٠.٠٥

بصحة

التوقيع
Please do not stamp/sign below the line

بنك أبوظبي التجاري
ADCB

Dubai Mall, DUBAI

Pay **ORCHID MEDICAL CENTER**
against this cheque to or the bearer
Dirhams **ONE THOUSAND DIRHAMS ONLY**

OTMANE EL ABRIDI
10367524132001

Cheque No. رقم الشيك

Account No. رقم الحساب

٠٠٠٠٠٣٤٠٠٣٢٠٦٧٥٠٠٤٦٦٩٢٢٣٣٠٠

Date التاريخ ٠١-١٠-٢٠١٩

أدخلوا بوضوح هذا الشيك إلى
أو ختمه

رقم
AED ١,٠٠٠.٠٥

بصحة

التوقيع
Please do not stamp/sign below the line



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003858)

Date:30-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002083 - OTMANE ELABRID I - 971502226989

The sum of Dhs. Six Thousand Three 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 6,300.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-05-2019

Being ADCB CHQ # 000029/31/32/33/34/36-DT:01.06.2019/01.07.2019/01.08.2019/01.09.2019/01.10.2019/01.11.2019-AED-1741
& 1000 OF EACH CHQ X 5

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 : 1002083 - OTMANE ELABRID I - 971502226989

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004940)

Date:02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002083 - OTMANE ELABRIDJ - 971502226989

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. **000033** Date: **02-09-2019**

Being against chq no:000033 dated 1/9/2019 ADCB BANK

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 : 1002083 - OTMANE ELABRIDJ - 971502226989

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005417)

Date: 07-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002083 - OTMANE ELABRIDJ - 971502226989

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. **000034**

Date: **07-10-2019**

Being **AGAINST CHQ NO 000034 DATED 1-10-2019 ADCB**

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 : 1002083 - OTMANE ELABRIDJ - 971502226989

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