



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002131

Date: 14/5/2019

Date: 14/5/2019 File Number: 1002131
Patient Name: Abdulla Ahmed A. Al-Araidi اسم المريض: أحمد عبد الله العاريد
Date Of Birth: 13/2/1999 Gender: (M) / F (الحالة الاجتماعية): Married
Nationality: UAE Occupation: UAE Army
Address: Dubai, m.v.d.i.f Phone No. (رقم الهاتف): 055119118
E-MAIL: al.araidi.99@gmail.com How did you know about us: Instegram

التاريخ الطبي / Medical History		
الحالة الطبية / Medical Condition	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 تتلقى أي علاجات حديداً؟	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؟	لا	
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	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي 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 السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بملاج 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 تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار 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 لي لتحتي للملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتتقيم 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

٤ / ٥ / ٢٠١٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 56 Kg	Height (الطول): 180 cm	Blood Type (نوعية الدم): A O
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

- ① scaling & polishing
- ② RCT For 57
- ③ Composite For 76
- ④ Zircon bridge for 543
- ⑤ 17 tooth veneers.

total cost For 3 unit bridge

$$\text{bridge} = 3 \times 1000 = 3000$$

$$\text{veneers} = 17 \times 495 =$$

$$8,415$$

$$\text{total cost} = 3000 + 8,415 = 11,415$$

without vat

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Daba



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/5/2019				
	First visit RCT for 57 tooth	200		Dr. Daba
	Should pay 50% for veneer + Zircon work			
15/5/2019				
	① Second Session RCT for 57 tooth	250		Dr. Daba
	② [2] composite fillings one surface each.	300		Dr. Daba
	③ preparation of 17 tooth veneers. $\frac{21}{54321} \frac{12345}{12345}$			Dr. Daba
	④ preparation of 543 for Zirconia bridge.			
	⑤ Final Impression & Bite + temporary app. Shade BL			Dr. Daba

Continue
Continue
Continue

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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: Abdulla,Ahmad
Aqil,Ali,AIrais
عبدالله احمد عقيل راعي الرايس
Title:
Title (Ar):
Issue Date: 20/02/2018
Expiry Date: 20/02/2023
Marital Status: 01
Residency Type:
ID Type: ID



Photo

IDN: 784199157619745 Mother Name: Fawzeya
Card Number: 087796887 Mother Name (Ar): فوزية
Nationality: ARE الإمارات العربية المتحدة
(Ar): Family ID: 202008677
Sex: M Sponsor Type:
Date of Birth: 13/02/1991 Sponsor Name:
Husband IDN: Sponsor Number:
Residency Number: Residency Expiry:
Occupation: 11 Occupation Field: 99

Signature Image

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

5/14/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003678

RECEIPT VOUCHER

Date: 14-05-2019

AED 7,200.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002131 - ABDULLAH AHMAD - 971551119118

The sum of Dhs. **Seven Thousand Two Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **7,200.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 17 TOOTH VENEERS 17*495 + 3 ZIRCON BRIDGE 3*1000 TOTAL AMOUNT FOR VENEER + ZIRCON CROWN 11415 AED + VAT + RCT**

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
www.omc1.ae

16/2/12
3 Cheques
1 Cheque



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 750.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003687)

Date:15-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002131 - ABDULLAH AHMAD - 971551119118

The sum of Dhs. Seven Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 550.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-05-2019

Being ROOT CANAL TREATMENT FOR 1 TOOTH + 2 COMPOSITE FILLING FOR 2 TOOTH ONE SURFACE EACH

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 : 1002131 - ABDULLAH AHMAD - 971551119118

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 Rectangular design التصميم الذي تم اختياره

Quantity Agreed to Order 17 teeth veneers + 3 unit Zirconium bridge. 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 و أوافق على المواصفات التي تم الإشراف عليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: .. ABDULLA AHMED اسم المريض:

Date: 22/5 /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
17 veneer 3 Zircon bridge	Veneer Per Tooth 495 Zircon Per Tooth 1000	11415	7000			—	

**BALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS**

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
NBAD Bank	27-6-19	000124	1250.75	} collected by Kamyida 22/05/19
~ ~	27-7-19	000123	1245	
~ ~	28-8-19	000122	1245	
~ ~	27-9-19	000121	1245	

TOTAL 4985.75

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:
NAME & SIGNATURE WITH DT: *Hiba*
[Signature]
22/5/2019



فروع مصرف دبي
MIRDIF CITY CENTER BR. DUBAI

Pay against this cheque to
or the Bearer

Orchid Medical Center

000124

Date 27/06/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى
الاحامله

1250.75/

Dirhams

One Thousand Two Hundred

Fifty & Seventy Five Fils Only

ABDULLA AHMAD AQIL ALRAIS

التوقيع
Signature

١١٠٠٠٠ ١ 2٤٠٠٠ 3 5 20 ١ 90 ٠٠ ١ 6 20 7 70 70 ١ 6 ١١



فروع مصرف دبي

MIRDIF CITY CENTER BR. DUBAI

Pay against this cheque to
or the Bearer

Orchid Medical Center

000123

Date 27/07/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى
الاحامله

1245/

Dirhams

One Thousand Two Hundred

Forty Five Only

ABDULLA AHMAD AQIL ALRAIS

التوقيع
Signature

١١٠٠٠٠ ١ 23٠٠٠ 0 3 5 20 ١ 90 ٠٠ ١ 6 20 7 70 70 ١ 6 ١١



فروع مصرف دبي

MIRDIF CITY CENTER BR. DUBAI

Pay against this cheque to
or the Bearer

Orchid Medical Center

000122

Date 28/08/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى
الاحامله

1245/

Dirhams

One Thousand Two Hundred

Forty Five Only

ABDULLA AHMAD AQIL ALRAIS

التوقيع
Signature

١١٠٠٠٠ ١ 22٠٠٠ 0 3 5 20 ١ 90 ٠٠ ١ 6 20 7 70 70 ١ 6 ١١



فروع مصرف دبي

MIRDIF CITY CENTER BR. DUBAI

Pay against this cheque to
or the Bearer

Orchid Medical Center

000121

Date 27/09/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى
الاحامله

1245/

Dirhams

One Thousand Two Hundred

Forty Five Only

ABDULLA AHMAD AQIL ALRAIS

التوقيع
Signature

١١٠٠٠٠ ١ 2١٠٠٠ 0 3 5 20 ١ 90 ٠٠ ١ 6 20 7 70 70 ١ 6 ١١



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 7,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004090)

Date:18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002131 - ABDULLAH AHMAD - 971551119118

The sum of Dhs. Seven 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 7,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-06-2019

Being 17 teeth veneers + 3 unit zircon crown bridge + vat rest paid by 4 cheques

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 : 1002131 - ABDULLAH AHMAD - 971551119118

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,250.75

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004279)

Date:02-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002131 - ABDULLAH AHMAD - 971551119118

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Fifty Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,250.75 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-07-2019

Being PAYMENT AGAINST CHEQUE NUMBER 000124 RETURNED FROM BANK PAID IN THE CLINIC

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 : **1002131 - ABDULLAH AHMAD - 971551119118**

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

www.omc1.ae



000124

Date 27/06/2019

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى
او لحامله

Pay against this cheque to *Orihad Medical Center*

1250.75/-

in the sum of *One Thousand Two Hundred*

Fifty & seventy Five Fils Only

ABDULLA AHMAD AQIL ALRAIS

[Signature]
التوقيع

000124003520190106207707016

استلمت المبلغ بالحبس

[Signature]

2019/7/5

EMIRATES ISLAMIC BANK

Cheque Return Memo

مذكرة إعادة شيك

Dated 30/06/2019 التاريخ:
Ref 034180002700002 الإشارة:
Branch Name Sharjah Crystal Plaza Branch الاسم الفرع:
Beneficiary Name ORCHID MEDICAL CENTRE اسم المستفيد:
Beneficiary Address عنوان المستفيد:
Beneficiary Account 3708204945401 حساب المستفيد:

The cheque, details as indicated below was returned
unpaid for the reason stated by the drawn on bank.
نفيد بهذا أن الشيك الواردة تفاصيله أدناه قد أعيد دون
سداد، وذلك للأسباب التي أوردها البنك المسحوب
عليه الشيك.

Drawn On Bank NATIONAL BANK OF ABU DHABI البنك المسحوب عليه الشيك
Drawn On Bank Branch فرع البنك المسحوب عليه الشيك
Drawn On Account 6207707016 حساب المسحوب عليه الشيك
Date of Return 29/06/2019 تاريخ إرجاع الشيك
Cheque Number 000124 رقم الشيك
Cheque Amount 1,250.75 مبلغ الشيك

Return Reason Code N رمز إعادة الشيك

Return Reason Description A وصف أسباب إعادة الشيك

Insufficient Funds (INF) عدم كفاية الرصيد

Cheque Image

NBAD فرع مركز سيتي سنتر دبي
MIRDIF CITY CENTER BR. DUBAI
Pay against this cheque to
or the Bearer

Date 27/06/2019
دفعوا بموجب هذا الشيك الى
أو لحامله

Diethane: One Thousand Two Hundred and Fifty & Seventy Five Fils Only
ABDULLA AHMAD AQIL ALI ALRAIS

000124
11*0000 24:00 3 5 20 6 20 7 70 70 1 6 11*

التوقيع

إشعار بصدر آليا - لا يتطلب توقيع

Advice System Generated - No Signature Required

EMIRATES ISLAMIC BANK

مذكرة إعادة شيك

Cheque Return Memo

Dated: 01/08/2019 التاريخ:
 Ref: 034212003250023 الإشارة:
 Branch Name: QASIMIYAH BRANCH الاسم الفرع:
 Beneficiary Name: ORCHID MEDICAL CENTRE اسم المستفيد:
 Beneficiary Address: عنوان المستفيد:
 Beneficiary Account: 3708204945401 حساب المستفيد:

The cheque, details as indicated below was returned
 unpaid for the reason stated by the drawn on bank.
 نفذ بهذا أن الشيك الواردة تفاصيله أدناه قد أعيد دون
 سداد، وذلك للأسباب التي أوردها البنك المسحوب
 عليه الشيك.

Drawn On Bank: NATIONAL BANK OF ABU DHABI البنك المسحوب عليه الشيك
 Drawn On Bank Branch: فرع البنك المسحوب عليه الشيك
 Drawn On Account: 6207707016 حساب المسحوب عليه الشيك
 Date of Return: 31/07/2019 تاريخ إرجاع الشيك
 Cheque Number: 000123 رقم الشيك
 Cheque Amount: 1,245.00 مبلغ الشيك


Return Reason Code: A رمز إعادة الشيك
 Return Reason Description: وصف أسباب إعادة الشيك
 Insufficient Funds (INF) عدم كفاية الرصيد

Cheque Image

NBAD فرع مصرف دبي سنتر سيتي
 MIRDIF CITY CENTER BR. DUBAI
 Pay against this cheque to
 or the Bearer

Date: 27/07/2019
 دفعوا بموجب هذا الشيك إلى
 أو لحامله

Dirhams: One Thousand Two Hundred 1245/-
 Forty Five Only
 ABDULLA AHMAD AQIL AL RAIS

Signature: 

000123
 23100352019011620770701611

إشعار يصدر آليا - لا يتطلب توقيع
 Advice System Generated - No Signature Required