



مركز أوركيك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 405.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010156)

Date:15-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 9715033310777

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 405.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 15-07-2020

Cheque No.

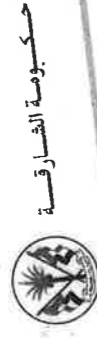
Being 3 COMPOSITE BUT HE HAS WAFER CARD HE TAKE DISCOUNT 10 %

Made by Reem

- 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 : 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 9715033310777

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



حكومة الشارقة

GOVERNMENT OF SHARJAH

بطاقة برنامج وافر

WAFER CARD PROGRAM

عبد الرحمن تيمور عبيدان

Abdulrahman Teimour Abidian

جمعية الشارقة الخيرية

Sharjah Charity International

W.ID: 101

ID: 1540

وافر waffer

خدمات موظفي حكومة الشارقة  
SHARJAH GOVT. EMPLOYEES DISCOUNTS



File No: .....

Date: 26/8/19

Date: ... / ... / ... File Number: 1502718  
Patient Name: Abdel Rahman Teimour  
Date Of Birth: 13/1995 Gender: M / F  
Nationality: ... Occupation: ...  
Address: ...  
Phone No. (رقم الهاتف): 050-3310777  
E-MAIL: ...

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 ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض 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 (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط...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 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 تزيدي 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.

أقرأ أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتاج 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 و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن 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.

أقرأ أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحسي الملف صحفية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي

أقرأ أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض /ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019.../8/21

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

malalign teeth

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies: الحساسية		
Medications: الأدوية		
Pregnancy: الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization, عمليات سابقة، ادخال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (الاقراص): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

f2345 in crossbit  
Class? molars  
deviated Mandible on closing  
to left.

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

14.5  
3500 + 700 . Metal braces

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
28/2019	Upper Lower Impression done - 014 Therman Nif; Hyal after upper banding .018 slot Roth. Composite Birk block at #7 for 2 Months	1000		
17-9-2019	مراجعة lower bondy done Pt have complain of pain composite at 5/6 f f 12 .012 SPL N.T.C	150		D.A.S
16-10-2019	bracket lease			
29-10-2019	New 1/2 Tube Bandy 018 upper .072 lower			D.A.S

د. اميرة حسن  
 Dr. Amira Hassan  
 ممارس عام - طبيب اسنان عام  
 G.P General Dentist  
 ترخيص رقم: D57288  
 مركز الأوركيذ الطبي - Trichid Medical Centre

15-7-2020 3 Composite filling 8/6/8 D.A.S

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

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	Abdulrahman, Teimour, Abidian	IDN:	784199524161512	Mother Name:	
Name (Ar)	عبدالرحمن تيمور عبيديان	Card Number:	089322228	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهوريّة ايران الإسلامية		
Issue Date:	31/05/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	28/05/2021	Date of Birth:	09/03/1995	Sponsor Name:	هدى محمود عسكر اسمايل
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	371928
Residency Type:	03	Residency Number:	30120093026570	Residency Expiry:	28/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/26/2019





مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004956)

Date:02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDEL RAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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

By Cash 1,050.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-09-2019

Being BRACES DOWN PAYMENT + 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 : 1002748 - ABDEL RAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005117)

Date:16-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDEL RAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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

By Cash **150.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-09-2019

Being **Composite Filling 1 Surface**

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 : 1002748 - ABDEL RAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005313)

Date: 30-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDEL RAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-09-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1002748 - ABDEL RAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005700)

Date:29-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-10-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + VAT**

Made by Hilba

- 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 :1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

**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 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006381)

Date:07-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-12-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

---

**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 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007546)

Date:08-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-02-2020

Being BRACES FOLLOW UP +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 : 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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



مركز أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006892)

Date:04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **04-01-2020**

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : **1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777**

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008093)

Date:09-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-03-2020

Being **follow up + vat**

Made by **Reem**

- 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 : 1002748 - ABDELRAHMAN TEIMOUR - 971503310777

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