مـركــز أوركــيــد الــطـبـي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ....

Date: 29, 10, 19

Date: ... / ... / ....

File Number: 1003180

Patient Name: Eman Saleh إسم المريض: إيمان صالح

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : ... / ... / ......

Gender (الجنس) : M / F

Marital Status:(الحالة الاجتماعية) ....متزوجة...

Nationality (الجنسية): ....يمنية.....

Occupation (الوظيفة) : ......—......

Address (العنوان) :.......................

Phone No. (رقم الهاتف): 0505829917

E-MAIL: eman_s_ba@hotmail.com

How did you know about us: ....

Medical History التاريخ الطبي		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى اي علاجات حديثا؟	نعم	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستروبدات او مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية او تعاني من اي 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 او تتعاطى أي مميعات للدم؟	نعم	ضغط دم
Anemia, Leukemia انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة 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 أخرى؟	نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلأ البسيط	لا	

مـركـز أوركـيـد الـطـبـي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات 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 والاجراءات العلاجية و الجراحية.
و ادرك ان بعض الاجراءات 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 لدى فتحي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار 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: ... / ... / .....

Patient Assesment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية	
Medications الأدوية	
Pregnancy الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى	

Smoking (التدخين) : Y / N Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: ....   Date: /   /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

....

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT NAME: **FILE NO#:**

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
29.10.2019	Consultation For Immediate Implant	200		
	RCT 1			D.A
30-10-2019	الجلسة الأولى			[signature]
	د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام- طبيب اسنان عام G.P General Dentist MOH License No.: D57288 ترخيص رقم: Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي			
3-11-2019	RCT 7			D.A
16-11-2019	RCT 5	650		D.A
23-11-2019	الجلسة الثانية			[signature]
	د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام- طبيب اسنان عام G.P General Dentist MOH License No.: D57288 ترخيص رقم: Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي			
25-12-2019	تركيبات زيركون			D.A
18-1-2020	2 تم سحب عصب			D.A
26-1-2020	الجلسة الأخيرة عصب			D.A

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Eman,Saleh,Bokhait,,Al Nahdi	**IDN:**	784198132794722	**Mother Name:**	
Name (Ar)	ايمان,صالح,بخيت,,النهدي	**Card Number:**	091747001	**Mother Name (Ar):**	
Title:		**Nationality:**	YEM	**Family ID:**	
Title(Ar):		**Nationality (Ar):**	اليمن		
Issue Date:	13/11/2018	**Sex:**	F	**Sponsor Type:**	03
Expiry Date:	11/11/2020	**Date of Birth:**	04/05/1981	**Sponsor Name:**	عبدالحليم احمد محمد الكندى
Marital Status:	02	**Husband IDN:**		**Sponsor Number:**	03343427
Residency Type:	03	**Residency Number:**	20120183389620	**Residency Expiry:**	11/11/2020
ID Type:	IL	**Occupation:**	99	**Occupation Field:**	00

Photo

Signature Image

مـركــز أوركـــيــد الــطــبــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-005725)** **Date:30-10-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003180 - EMAN 00. - 971505829917**

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

By Cash **450.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **30-10-2019**

Being **ROOT CANAL TREATMENT**

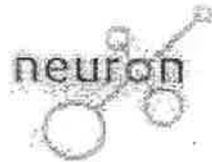
Made by **Super Administrator**

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 : **1003180 - EMAN 00. - 971505829917**

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

Claim Form - Member Reimbursement

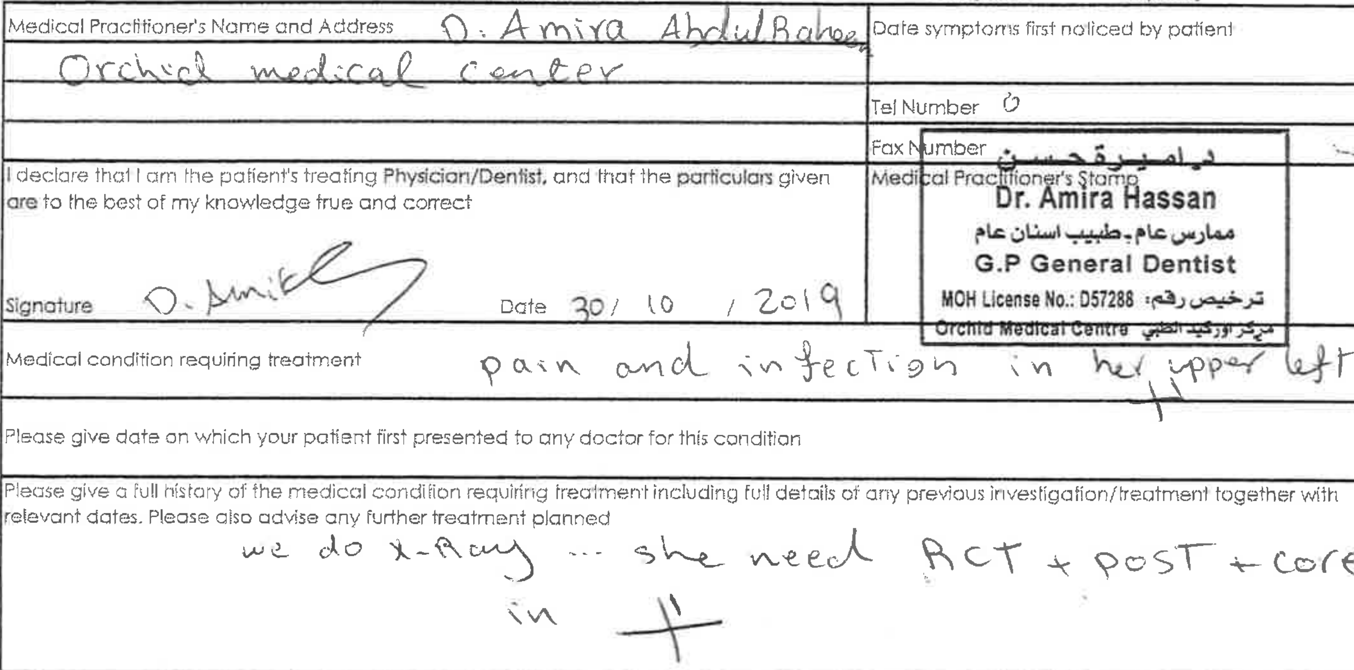


If you have any questions regarding this form or any other aspects of your cover please call Neuron on 800 44 08

Details of Member/Patient

Member's Name EMAN SALEH BOKHAIT	Membership Number from your card
	Claim Number
	Date of Birth 04 / 05 / 1981
Email Address	Tel Number
Patient's Relationship to Member	Fax Number

Medical Section (to be fully completed by treating physician or dentist - all boxes must be completed in block capitals)

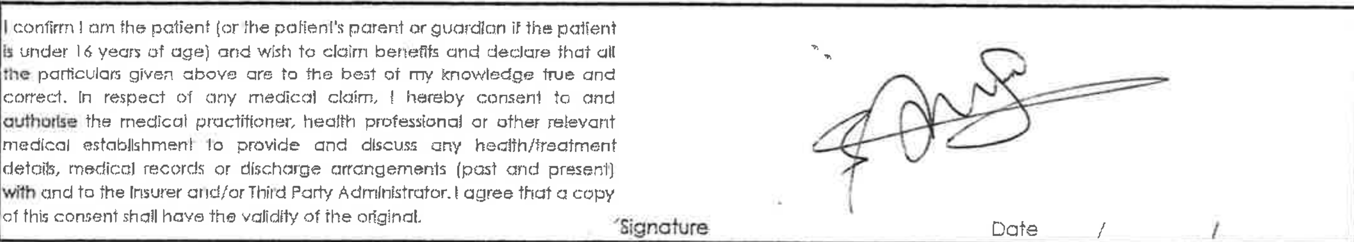


Medical Practitioner's Name and Address D. Amira AbdulBaheer Orchid medical center	Date symptoms first noticed by patient
	Tel Number 0
	Fax Number
I declare that I am the patient's treating Physician/Dentist, and that the particulars given are to the best of my knowledge true and correct Signature D. Amira Date 30/ 10 / 2019	Medical Practitioner's Stamp د. أميرة حسين Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist MOH License No.: D57288 ترخيص رقم: Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي
Medical condition requiring treatment pain and infection in her upper left incisor	
Please give date on which your patient first presented to any doctor for this condition	
Please give a full history of the medical condition requiring treatment including full details of any previous investigation/treatment together with relevant dates. Please also advise any further treatment planned we do x-Ray ... she need RCT + POST + core in 1	

Other insurer's details (If the treatment is accident-related or covered under another insurance policy please provide details)

Insurance Company Name	Policy Number

Patient's Declaration and Consent



I confirm I am the patient (or the patient's parent or guardian if the patient is under 16 years of age) and wish to claim benefits and declare that all the particulars given above are to the best of my knowledge true and correct. In respect of any medical claim, I hereby consent to and authorise the medical practitioner, health professional or other relevant medical establishment to provide and discuss any health/treatment details, medical records or discharge arrangements (past and present) with and to the Insurer and/or Third Party Administrator. I agree that a copy of this consent shall have the validity of the original.

Signature   Date   /   /

The claim form should be submitted within 90 days of start date of the treatment along with all original receipts/invoices as per the policy membership agreement. Claims will not be considered if not submitted within 90 days of treatment being received. Send this claim form together with supporting material to: Medical Claims Department, Neuron LLC, PO Box 72071, Dubai, UAE

Date Received (Neuron use only)

مـركــز أوركـــيــد الــطــبــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-005808

Date: 03-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003180 - EMAN SALEH BOKHAIT - 971505829917**

The sum of Dhs. **Three Hundred Only**

By Cash **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: Cheque No. Date:

eing **ADVANCE FOR RCT 1 SESSION 10 % DISCOUNT BALANCE 105**

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

مـركـز أوركـيـد الـطـبـي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006281

Date: 03-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003180 - EMAN SALEH BOKHAIT - 971505829917**

The sum of Dhs. **Six Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **6,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

'eing **ADVANCE FOR 14 ZIRCON CROWN 12600 + VAT BALANCE 7230**

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

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي
فرع المشرف

500049

Date 10-01-2020 التاريخ

Pay against this cheque to or the bearer: مركز أوركيد الطبي ادفعوا بموجب هذا الشيك أو لحامله

Dirhams ألف وخمسمائة درهم فقط درهم

درهم AED #1500#

عبدالحليم احمد محمد الكندي

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈500049⑈ 305010104⑆ 0014986712⑈

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي
فرع المشرف

500047

Date 10-3-2020 التاريخ

Pay against this cheque to or the bearer: مركز أوركيد الطبي ادفعوا بموجب هذا الشيك أو لحامله

Dirhams ألف وخمسمائة درهم فقط لا غير درهم

درهم AED #1500#

عبدالحليم احمد محمد الكندي

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈500047⑈ 305010104⑆ 0014986712⑈

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي
فرع المشرف

500049

Date 10-01-2020 التاريخ

Pay against this cheque to or the bearer: مركز أوركيد الطبي ادفعوا بموجب هذا الشيك أو لحامله

Dirhams ألف وخمسمائة درهم فقط درهم

درهم AED #1500#

عبدالحليم احمد محمد الكندي

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈500049⑈ 3050 10 104⑆⑈00 14986712⑈

ADIB مصرف أبوظبي الإسلامي
فرع المشرف

500047

Date 10-3-2020 التاريخ

Pay against this cheque to or the bearer: مركز أوركيد الطبي ادفعوا بموجب هذا الشيك أو لحامله

Dirhams ألف وخمسمائه درهم فقط لا غير درهم

درهم AED #1500#

عبدالحليم احمد محمد الكندي

Signature التوقيع

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

⑈500047⑈ 3050 10 104⑆⑈00 14986712⑈

Eman Saleh 1003180

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
14 Zircon Crown	900	12600	10230		/		

BALANCE AMOUNT

INSTALLMENT DETAILS

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
10-1-2020	ADIB	500049	1500	
10-3-2020	ADIB	500047	1500	
		TOTAL	3000	

Rem 25-12-19

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:

NAME & SIGNATURE WITH DT :

مـركـــز أوركــــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 10,230.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-006692)** **Date:25-12-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003180 - EMAN SALEH BOKHAIT - 971505829917**

The sum of Dhs. **Ten Thousand Two Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,230.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **6,000.00**

Bank: Cheque No. Date: **25-12-2019**

Being **14 zircon crown + vat balance paid by chqs dated on 10-1-2020 chq no:500049 and chq on 10-3-2020 chq no:500047**

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 : **1003180 - EMAN SALEH BOKHAIT - 971505829917**

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

مـركـــز أوركـــيــد الــطــبــي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-007119

AED 100.00 **RECEIPT VOUCHER**

Date: 18-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003180 - EMAN SALEH BOKHAIT - 971505829917**

The sum of Dhs. **One Hundred Only**

By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR RCT FIRST SESSION**

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

مـركـــز أوركـــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-007276)** **Date:26-01-2020**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003180 - EMAN SALEH BOKHAIT - 971505829917**

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

By Cash **350.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **100.00**

Bank: Cheque No. Date: **26-01-2020**

Being **ROOT CANAL TREATMENT**

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 : **1003180 - EMAN SALEH BOKHAIT - 971505829917**

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