



File No:

Date: 2/21/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1003945

Patient Name: Maimoun salim

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / 1983 Gender (الجنس): (M) F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): مصر

Occupation (الوظيفة): صحفية

Address (العنوان): كحي

Phone No. (رقم الهاتف): 050-1179795

E-MAIL:

How did you know about us:

| 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 حديثاً؟ | / | |
| | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | / | |
| | Allergies هل لديك أي حساسية؟ | / | |
| | Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | / | |
| | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | / | |
| | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعلات للدم؟ | / | |
| | Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | / | |
| | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | / | |
| | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | / | |
| | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | / | |
| | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | / | |
| | 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؟ | / | |
| | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟ | / | |
| | Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ | / | |
| | HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط etc | / | |

8



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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى فحسي الملف صحبة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

N/A

الأدوية Medications

—

الحمل Pregnancy

—

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، اإخال للمستشفى

—

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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 | Mamoun Suleiman Mahmoud Harb | IDN: | 784198336925296 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مامون سليمان محمود حرب | Card Number: | 082649191 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 22/03/2017 | Sex: | M | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 19/03/2020 | Date of Birth: | 10/12/1983 | Sponsor Name: | هيئة الطرق والمواصلات - الشارقة |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 30120177013496 | Residency Expiry: | 19/03/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 98 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

2/2/2020



مركز أوركيڤ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-0086664)

Date:03-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003945 - MAMON HARB - 971501179795

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty 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 **1,050.00**

Bank: Cheque No.

Date: 03-05-2020

Being **1 dental zircon crown + 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 : **1003945 - MAMON HARB - 971501179795**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,900.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007720)

Date:18-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003945 - MAMON HARB - 971501179795

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,900.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-02-2020

Being **1 IMPLANT**

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 : 1003945 - MAMON HARB - 971501179795

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

نموذج مطالبة المصاريف الطبية MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM

To be completed by Medical Attendant in full

يتم تعبئة هذا الطلب من قبل الطبيب المعالج بالكامل

اسم المريض: _____
 تاريخ الميلاد: _____
 رقم بطاقة التأمين: _____
 اسم حامل الوثيقة: _____
 رقم الهاتف المتحرك: _____
 رقم الملف الطبي: _____
 الجنسية: _____

نوع الزيارة: الزيارة الأولى متابعة
 سبب الزيارة: إصابة عمل مرض جسدي حمل وولادة حادث أمراض أخرى أسنان

الأعراض: _____
 السبب: _____
 المدة: _____
 هل عانى المريض سابقاً من هذه الحالة المرضية؟
 إذا "نعم"،
 الفترة التي عانى فيها: _____
 هل عانى المريض سابقاً من مرض أو إصابة تسببت في هذه الحالة المرضية؟ إذا نعم، أفرح الحالة:
 الفترة الزمنية للحالة: _____

التشخيص: _____
 مرض مزمن (Chronic)

التصنيف الدولي للمرض: _____
 العلاج: دواء حقن إجراء طبي أخرى

If any of the following is required, please specify type of test and indication (Provide CPT Code, if agreed)

| التصنيف CPT Code | نوع الإجراء Investigations |
|------------------|----------------------------|
| 4 | Extractions and Implants |
| 5 | |
| 6 | |

Indications: _____
 I certify that I have satisfied myself by personal examination that all the foregoing statements are accurate and correct
 أشهد بناءً على فحصي الشخصي للمريض أن البيانات أعلاه صحيحة و دقيقة
 Signature & stamp: _____
 Dr. Mohammed Odeh
 مهدي محمد عامر - كخبير أسنان عام
 General Dentist
 مركز بوحيحة للتأمين الوطني
 MOH License No.: 017799
 Date: 18-2-2020
 Qualifications (المؤهل): _____
 Dr. Mohamed Odeh
 DECLARATION: I hereby declare to and authorize the attending physician to provide AL-BUHAIIRA NATIONAL INSURANCE CO. with complete information, including copies of my records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as original copy.
 تصريح: أنا الموقع أدناه أحرص الجهة الطبية تزويد شركة البوحيحة الوطنية للتأمين بكافة المعلومات الطبية أو أي تقارير طبية بخصوص أي مرض أو حادث أو علاجات أو فحوصات أو استشارات أو استشفاء. أي نسخة عن هذا التفويض تعتبر نسخة أصلية.

Patient's signature: _____
 تاريخ الزيارة: _____
 * Form to be submitted along with the invoice