



File No:

Date: 04/10/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004345

Patient Name: MESNADOU IMANE

اسم المريض: Mesnadou Imane

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 26/12/83 Gender: M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): ALGERIAN Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0508883997

Address (العنوان): EMIFLEDA 120@gmail.com

How did you know about us:

E-MAIL: EMIFLEDA 120@gmail.com

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	NO
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	NO
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	YES
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	NO
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميّجات للدم؟	NO
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)	NO
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	NO
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	NO
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	NO
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	NO
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	NO
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO
Other conditions هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الهلا البسيط	NO



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: 04/04/2020

Mesed

نموذج أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- 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 بالتحذير لكل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي لي، 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.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحسي الملف صحياً، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال إرادتي.

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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البروز): Weight Kg
الطول: Height cm
النبض (النبض): Pulse ppm
الضغط (الدم): Blood Pressure /
القصية (الدم): Blood Type
السكر (الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

التعاطي الكحول (Alcohol): Y / N

التعاطي العقاقير (Drugs): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO*

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	Imane,,,Mesnaoui	IDN:	784198316321391	Mother Name:	
Name (Ar)	إيمان,,,مسناري	Card Number:	094908688	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	10/06/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	28/05/2022	Date of Birth:	26/12/1983	Sponsor Name:	راسى لطباعة وتصوير المستندات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	07010000077164
Residency Type:	07	Residency Number:	70120137019510	Residency Expiry:	28/05/2022
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	



Photo



Signature Image

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

4/4/2020



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008398)

Date: 04-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty 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 840.00

Bank:

Date: 04-04-2020

Cheque No.

Being 2 SESSIONS DONE SAME DAY 1 FOR FACE + 1 FOR NECK + 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 : 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

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



AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008397

Date: 04-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997**The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,260.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **3 SESSIONS MESO FACE + 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.ae
www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008716)

Date:06-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five 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 525.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-05-2020

Being 1 SESSION YELLOW PEEL + 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 : 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008715

Date: 06-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,155.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 2 SESSIONS KNEE + 2 SESSIONS NECK + 1 SESSION UNDER ARMS CARBON + 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

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008662

Date: 02-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **advance for yellow peel + 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.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008625)

Date: 28-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty 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 420.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-04-2020

Being 1 session meso + 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 : 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008626

Date: 28-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **300.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE FOR 1 YELLOW + 2 CARBON + VAT BALANCE 540**

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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008661)

Date: 02-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: **02-05-2020**

Being **carbon laser + 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 : **1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997**

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

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا أحمد سامي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج

هو احد الاستعدادات لإعادة التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر ● جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشفوذ الصبغى (القع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمربطة بالقمم , علاج التجاعيد ,بخضرة البشرة , وعلاج علامات تقدم السن بالنس وحالات أخرى) , تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب , احمرار الجلد ,ازالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) ,التوب التي تتبع إزالة او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام بنصح 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,التوب , توضع مسامات الجلد مرآحة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون , بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بخضرة البشرة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر ● لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب , بنصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

ازالة الوشم بالليزر .

الأورام الصبغية .

تشقير الشعر .

الاصفر(الوضع فطريات إزالة ٨.

ير إزالة الكلف (الوضع ١٠).

بمسامات الإستعمال للعلاج يتضمن

تقلل عمل الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر المحسنة .

الحمل والرضاعة .

الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

مشاكل في الجهاز المناعي .

الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي .

(ضعف التقام)كون التوب الجلدية .

التهاق .

درجة التحسن بعد أقوم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى , ولا يتضمن الطبيب رضائي عن عدة جلسات

لقد تم شرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج , و انا أقوم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هذا لما بعد العلاج والحاية بالبشرة التي شرحت لي الواردة العلاج , وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أقوم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب , أتفهم ان الاجراء قد يطوى على مخاطر واحتمال تأخر في فترة التقام/ الالتئام , معاذ التقشير الناعم الذي



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008892)

Date: 18-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-05-2020

Being carbon+ 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 : 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008794)

Date: 12-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997**

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **892.50**

Bank: Cheque No.

Date: **12-05-2020**

Being **1 session carbon bikini + 1 session under arms + 1 session carbon + 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 : **1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008793

Date: 12-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety Two and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being for 1 session carbon bikini + 2 sessions carbon under arms + 1 session carbon + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008986)

Date: 27-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 892.50

Bank: Cheque No.

Date: 27-05-2020

Being carbon laser for bikini + under arms + face + neck + 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 : 1004345 - EMAN MESNAOUI - 971508813997

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