



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Presenting Symptoms :

11-11-2023  
Physical Signs :

استشفى بالطوارئ / استشفى بالمستشفى

التاريخ :

الرقم المدني : 275032601866

جوناكومار كانبوت بانكر فيندو بالان بانكر

مريض



الهند : 48 مدينة M  
الجنس : العمر

تلمعون :

مصاب : أنوحيفه - القطعة 2

X-Ray Data :

م الرتبة : 14632076

Diagnosis :

Treatment Given :

Further Procedure :



10 دينار



الحواث الاطباء  
(1) مدفوع  
مستشفى المنار

/20

Doctor's Name & Stamp

Signature

New Date: (04/18)



ADAH Hospital

Stick stamp here

CASUALTY SHEET

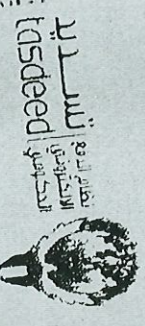
MR 3



State ICTP (National) - 1411384  
Adnan Hospital / مستشفى عدن



ADAN Hospital / ADAN Hospital



10 دينار

REFERENCE: 9167352178092879



02:33  
18/11/2023

U3744847

te: 18-11-2023 02:27 pm

name: ASHRAF SHAN SHAH

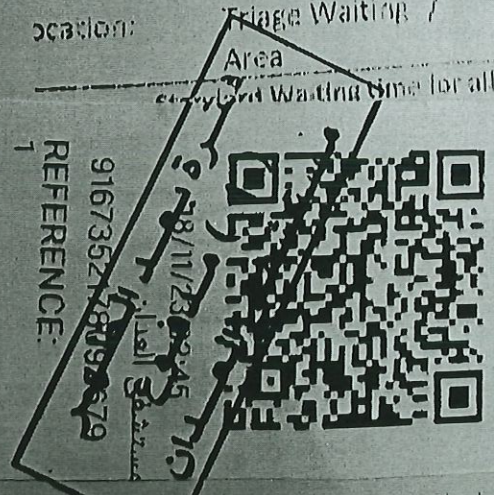
nationality: India / الهند

leaving No: (1111) الطابور

occasion: Triage Waiting / منطقة انتظار المرصف

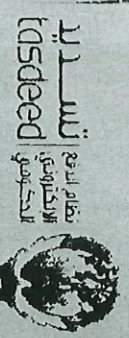
Area  
Triage Waiting Time for all CTAS levels

REFERENCE: 9167352178092879



02:35  
18/11/2023

10 دينار



تدار الفرز الكندي لتسيير وتصنيف المرضى في حالات الطوارئ وفقاً لشدة  
تطويرة امراضهم المشككة



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

مكان  
لصق  
الطابع

Presenting Symptoms :

02:57 مساءً : 19-11-2023 وقت

مستشفى العدان / الجراحة والعظام

Physical Signs : التاريخ :

الرقم المدني : 275102605249

اسم المريض :  
شيخ فارهاد علي



Laboratory Data :

الجنسية : الهند  
العمر : 48 سنة M  
الجنس :

العنوان : المهبولة - القطعة 1

تليفون :

رقم البراقة :

X-Ray Data :

agnosis :

reatment Given :

19/11/23

Handwritten notes and signature

10.0 KD  
19/11/2023  
9164278093784638  
REFERENCE :

Further Procedure :

د. حسام منتصر  
DR. Hosam Montaser  
Orthopedic Registrar  
Mansour Hospital

Implementation Purposes Only

Date: / / 20

Doctor's Name & Stamp

Signature

Rev. Date: (11/2021)

7540 HA 0011513 نموذج مشاهدة الطوارئ

CASUALTY SHEET

MR 3

نظام الدفع الإلكتروني  
التاسدي  
tasdeed | الحظري



10 دينار



19/11/23 01:16

الجهراء الجديد

9191123494559255

REFERENCE:

2



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Refuse  
guk kawo

Presenting Symptoms

(D)

مكان  
لصق  
الطابع

11:44 صباحاً : 11-11-2023

مستشفى / العبدان / مستشفى العبدان

Physical Signs : التاريخ :

الرقم العددي : 287050309613

فيس رافائيل ران تسلايان



Laboratory Data

الجنس : العمر : التاريخ :  
الجنس : العمر : التاريخ :

X-Ray Data :

Trisomy - injury (R) foot

Diagnosis :

Rx bone 5th MB

Treatment Given :

BK-S



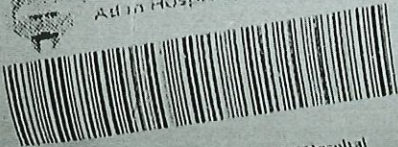
10 دينار



21/11/23 11:44  
العبدان و مركز  
100042603

الحوادث الطبية  
REFERENCE  
(1) مرفوع  
مستشفى العبدان

State Of Release - RCH  
ADAN HOSPITAL



ADAN Hospital / ADAN Hospital  
Visiting Site / قسم زيارات

ADAN Hospital

287050309613

(BK-S)

Dr. Mustafa M. Ahmed  
Senior GP Ortho  
Adan Hospital

- R ASA 8mg  
1x1x30  
R Adol  
1x1x15  
- R Vanikason caps  
1x1x15

Doctor's Name & Stamp

Signature

OPD Room (2) on

27/11/2023  
pm

Rev. Date: (11/2021)

CASUALTY SHEET

MR 3

8080  
10-2215

STATE OF KUWAIT  
MINISTRY OF HEALTH  
DEPARTMENT OF CLINICAL RADIOLOGY



Dr. Abbas  
Director  
Senior Registrar

دولة الكويت  
وزارة الصحة  
قسم الأشعة الإشعاعية

PATIENT'S NAME :

Family Name:

2nd

HOSP.

WARD / Bed.

CIVIL I.D.

RELATED CLINICAL DATA.

allerg header ok  
Erythema  
Cyst

File No.

D.O.Birth.

SEX.

NATIONALITY.

History of allergy.

L.M.P.

DR. STAMP & SIGNATURE

Physician Contact No.:

Radiologist approval:

REQUESTED EXAM.:

Rev. Date (12/2011)

7340HA0011051 نموذج طلب فحص اشعة

RADIOLOGICAL CONSULTATION REQUEST



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

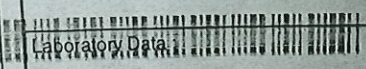
مكان  
لصق  
الطابع

Presenting Symptoms :

التاريخ : 2023-11-11 : صباحاً 11  
اسم المريض / العيادة / استقبال الطوارئ

Physical Signs :

التاريخ :  
رقم المريض : 287058309513  
اسم المريض : تينيس رمانتساردران تشيلابان



Laboratory Data :

الرقم : 36  
العمر :  
الجنس :  
رقم الهاتف : 14634654

X-Ray Data :

Diagnosis :

Treatment Given :



10 دينار



21/11/23 11:44  
العدان و مركز

الحوادث الطارئة  
REFERENCE  
(1) مرفوع  
مستشفى العدان

STATE OF KUWAIT - MOH  
ADAN HOSPITAL / مستشفى العدان



ADAN Hospital / APAN Hospital  
Visiting Slip / لائحة زيارات

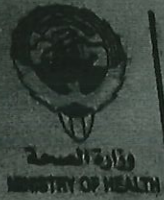
Doctor's Name & Stamp

Signature

Rev. Date: (1/23/21)

CASUALTY SHEET

MR 3



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Presenting Symptoms :

11:53 صباحاً : 2023-11-21 الوقت

استقبال الطوارئ / مستشفى العبدان

مكان  
لصق  
الطابع

Physical Signs : التاريخ :

الرقم المدني : 279051029576

ROJEEKRISHNAN K  
KOHUKRISHNAN

اسم :  
المريض



العمر :  
الجنس :  
المرحلة :  
حسنة

شعار  
السلامة  
Kosdeed

تليفون : 99935361

لغزوات : القطعة 0  
رقم الدارة : 14634574

10 دينار

Ray Data :



agnosis :

1/23 11:53  
الحول  
279051029576  
(1)  
مستشفى العبدان

State Dr. Kuvase - MOH  
Adan Hospital / مستشفى العبدان



ADAN Hospital /  
Visiting Slip /  
ADAN Hospital /  
مستشفى العبدان

Stick Stamp here

Doctor's Name & Stamp

Signature

Rev Date: 11/2020

نموذج ما  
التاريخ  
279051029576  
21-11-2023 11:57 am  
ROJEEKRISHNAN K  
KOHUKRISHNAN  
المرحلة  
ECC  
المرحلة  
1021  
TCTA-III  
TCTA-III

CASUALTY SHEET

MR 3

State Of Kuwait MOH  
Adan Hospital مستشفى العبدن



ADAN Hospital / ADAN Hospital  
Visiting Slip / قسيمة زيارة



284050210169

Date: 21-11-2023 11:41 am التاريخ

Name: SUBEESH CHANDRITHIL BALAKRISHNAN الاسم  
مهمبريش تشاندريثيل بالاكريشنان

Nationality: India/ الهند الجنسية

Queueing No. (C018) رقم الطابور

Location: T.CTAS III العيادة



10 دينار



21/11/2023 11:42 am  
العبدن مستشفى العبدن  
284050210169  
REFERENCE: 1

معيار السعر القديم يتسحق في مناطق العبدن في حالات الطوارئ وقد لا يتوافق مع المعيار القديم



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Presenting Symptoms :

التاريخ : 11-11-2023  
مساءً 02:11

Physical Signs :

استشفى العدان / استقبال الطوارئ

مكان  
لصق  
الطابع

الرقم المدني : 277051708449

اسم : اسوك كومان ساسي فيلاسيني  
عنوان : ساسي

Laboratory Data :

الجنس : M  
العمر :  
الجنسية :

X-Ray Data :

Trauma by  
wire &  
f.B removed  
Outside Hospital

عنوان : المهيولة - القطعة 1  
رقم البراهة : 14634864  
f. B removed outside



Partial  
Thickness  
Corneal  
Laceration

- AIC well formed  
NO iris prolapse  
needs contact  
Pt eye FB Trauma

- Vigamox 300 Metrol 2,2 pt needs  
2 hly Bandage contact  
- optichlor 3 eye lens  
Out Bedtime ophtha cp.

Doctor's Name & Stamp

Signature

Dr. Findous Ali Moha  
Asst. Registrar Ophthalmology  
Farwaneya Hospital

Sent for  
2nd not on call  
review ward 11

Rev. Date: (11/2021)

CASUALTY SHEET

MR 3

State of Kuwait - MOH  
Adan Hospital

ADAN Hospital  
Visiting Slip / ADAN Hospital  
قسمة زياره

Stick Stamp here

277051708449

تمت مشاهدة العيون

STATE OF KUWAIT  
MINISTRY OF HEALTH  
DEPARTMENT OF CLINICAL RADIOLOGY



دولة الكويت  
وزارة الصحة  
قسم الأشعة الإشعاعية

PATIENT'S NAME: Family Name: Kuwait 2nd Asok 1st  
WARD / Bed: /

CIVIL I.D. 237051308449

RELATED CLINICAL DATA.

PE full thickness corneal wound  
- Plain f - very orderly AR  
- CS Orbit & Axial  
TORIO IOFB

REQUESTED EXAM.:

File No.  
D.O. Birth.  
SEX. M  F   
NATIONALITY.  
History of allergy. Yes  No   
L.M.P. Type: .....

DR. STAMP & SIGNATURE  
Dr. Mohamed Ghannem  
Registrar  
Radiology Department  
Al-Ramtha Hospital  
*[Signature]*

Physician Contact No.:  
Kaitou HUSSEIN  
Radiologist approval: *[Signature]*  
Kaitou HUSSEIN  
Registrar  
Radiology Department  
Al-Ramtha Hospital

نموذج طلب فحص الأشعة 1051  
75A0HAA001

Rev. Date (1/2000)



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

HOSPITAL AL-ADAN

Dept. OPHTHAL Unit 11 Ward     Room     Bed    

HOSP. NO. 91 57 50

Date of Adm. 21/11/23 Doctor in Charge DR ALSARAF

Name: ASOK KUNAR  
C.I.D 277051708449  
SEX: (M) / F Age: 46Y

FINAL DIAGNOSIS (ES): (RE) RUPTURE GLOBE REPAIRED I/LA  
on 21/11/23

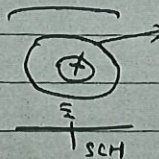
SUMMARY ( History, positive laboratory reports, progress in hospital, treatment):

H/O Injury to Right Eye while watching someone else grinding metal on a metal brush at 12.00PM on 21/11/23. Patient was wearing protective glasses but metal piece went in through the side of glass. No H/O systemic illness.

ON examination on 22/11/23

VA < 20/70 (uncorrected) PH > 20/30 IOP < 20mm Hg  
20/120

O/E (R/E)



ONE CORNEAL SUTURE INTACT  
SIEDLES NEGATIVE  
AC - (N) depth Pearl +

OPERATIONS (With Dates): (RE) Rupture globe repair done I/LA on  
21/11/2023.

TREATMENT RECOMMENDED ON DISCHARGE: Ac Digoxin 500 E/D Hourly (R/E) x 2  
(1) Pred forte E/D 1x6

(2) Tab Moxifloxacin 400mg OD x 5D  
(3) TAB ADOL 30S eye child (R/E)

FOLLOW - UP ARRANGEMENT: DNW EYE OPD ADAN HOSPITAL on 23/11/2023 room (2) 9.00  
FW DR MERLEY

Date: 22/11/2023

Signature: [Signature]  
DR. ASHA MARY MATHEW  
Registrar Ophthalmology  
Al-Adan Hospital

DOCTOR IN CHARGE

CLINICAL DISCHARGE SUMMARY

MR 13



وزارة الصحة

State Of Kuwait - MOH  
Adan Hospital / مستشفى العبدان



مستشفى العبدان /  
قسم جراحة العظام

Stick Stamp here:

270052808722

to: 23-11-2023 09:20 am التاريخ

name: PRATAPA KUMARA PRADHANA  
SIMACHALA الاسم

nationality: India / الهند الجنسية

Referring No: ( ORT077 ) رقم العنقود

Specialization: Ortho FT / Ortho FT التخصص

Standard Waiting time for all CTAS levels

Level 1	0 min
Level 2	15 min
Level 3	30 min
Level 4	60 min
Level 5	120 min and more

Canadian Triage standard allows to classify the emergency patient according to severity of presenting problems.

معيار التريج الكندي يسمح بتصنيف المريض في حالات الطوارئ وفقا لدرجة وعظمية امراض المشيمة.

Implementation Purposes Only

Date: / / 20

Signature

Rev. Date: (11/2021)

7540 HA 0011513

CASUALTY SHEET

MIR





استمارة دخول  
Admission  
Ibn Sina Ho

Medical Records Ibn Sina Hospital  
Al-Babtain

Hospital Dept.: Al-Babtain

Dept. Unit No Ward No Room Bed  
H10 B 5

Doctor In Charge  
MOHAMMAD KHALAF

C.I.D.: 270052808722

الاسم: براتبا كومارا برادهانا سيماتشالا  
Pratapa Kumara Pradhana Simachala

الرقم المدني: 270052808722  
089569 رقم الملف: 001-BLOCK

المنطقة: المهيوhle  
الجنسية: هندي  
FHAAD ALTMEMY  
23-NOV-2023 13:58  
مدخل البيانات: ays

NATIONALITY: Indian

Marital Status:

رقم الدخول:

العنوان: BLOCK-001 المهيوhle  
أقرب شخص:  
العنوان:  
اسم وتوقيع كاتب السجلات الطبية:

التاريخ	23/11/2023
الساعة	

Provisional Diagnosis: Crushing injury of wrist and hand  
Crush injury Right thumb  
Dr. Sign: SUNDUS ALMAZIDI, 23/11/2023 01:11:30  
توقيع الطبيب: Dr. Sundus Almazidi

أقر أنا  
دخولي لادخول  
كما أقر بأن راضي للدخول رغم نصيح الأطباء وأن مستشفى  
لن يكون مسؤولاً عن أي تدهور في الحالة الصحية.  
توقيع المقر بما فيه:  
اسم الشاهد:  
الموقع أدناه باني أرفض  
المستشفى متحملاً مسؤولية هذا الإجراء  
التاريخ: / /  
توقيعه:

يصرح لخروج المريض من المستشفى يوم الجمعة الموافق 23/11/2023 الساعة:  
Final Diagnosis: crushing injury to thumb  
Dr. Sign:  
و توقيع الطبيب ختم:

الدخول لحاسبية  
عبدالله الشمري  
الخزف

اسم المسؤول عن خروج المريض:  
الهوية:  
تاريخ الخروج:  
اسم وتوقيع كاتب السجلات الطبية:  
صلة القرابة:  
نوع الخروج: عادي هروب وفاة أخرى  
ساعة الخروج:

7540 HA 0001297

Printed by: SUNDUS ALMAZIDI on 23-NOV-2023 01:11:09 PM

نموذج بيانات دخول المريض

Rev. Date (10/2011)



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Presenting Symptoms :

مكان  
لصق  
الطابع

Physical Signs :

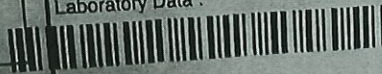
02:34 مساءً 27-11-2023 الوقت :  
التاريخ :

مستشفى العبدان / استشفال الطوارئ

الرقم المدني : 287050309613

اسم :  
الجنسي :  
فيبيش رامانندران تشيلانيان

Laboratory Data :



الهدى :  
الجنسية :  
36 سنة M :  
العمر :  
الجنسي :

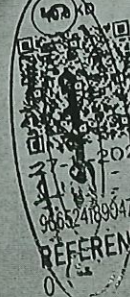
X-Ray Data :  
تليفون :

العنوان : المهبولة - القطعة 1

رقم الزيارة :

Diagnosis :

Treatment Given :



27-11-2023

9865241890476865

REFERENCE :

Further Procedure :

Implementation Purposes

Date: / / 20

Doctor's Name & Stamp

Signature

Rev. Date: (11/2021)

7540 HA 0011513 نموذج مشاهدة الطوارئ

CASUALTY SHEET



مركز التأمين الصحي الوطني Kasheed

20 دينار



مركز الشحيد  
27/11/23 02:49  
92ZJ123498273088  
منطقة الأحمدية  
REFERENCE: 8

الاسم  
الرقم  
التاريخ

9  
1-1  
دكتورة الشحيد  
طبيبة ممارس



20 دينار



04/12/23 11:39 AM  
العيادة ومركز  
العيادة / مستشفى العبدان

Presenting Symptoms :

صباحاً 4:46 : 2023-12-04

استشفى العبدان / استيفال الطوارئ

Physical Signs : التاريخ :

الرقم المدني :

KANWALJIT SINGH SINGH

اسم المريض :



M 30 سنة

الجنس :

العمر

الجنسية

العنوان : القطيف 0

REFERENCE:

Handwritten signature

التلفون

رقم الزيارة : 14661193

State of Kuwait - MOH  
Aden Hospital / مستشفى العبدان



ADAN Hospital / مستشفى العبدان  
Visiting Slip / قسيمة زيارة

Stick Stamp here

x9608428

Date: 04-12-2023 11:39 am التاريخ:

Name: KANWALJIT SINGH SINGH الاسم:

Nationality: India / الهند الجنسية:

Queueing No: ( C328 ) رقم العاود:

Location: T CTAS III / T CTAS III العيادة:

Doctor's Name & Stamp Signature

Standard Waiting time for all CTAS levels

Level 1	0 min
Level 2	15 min
Level 3	30 min
Level 4	45 min

1/20

Rev. Date:

1D-8691

11.900

Al Jud Pharmacy

Invoice / فاتورة

Invoice 15442 فاتورة  
Transaction 0000015442 عملية الشراء  
Date 01-Dec-2023 05:49 PM تاريخ  
Cashier Dr, Ahmed الصندوق  
Salesperson Dr, Ahmed بائع

Description الوصف	Qty كمية	Price سعر	Amount المبلغ
132 IPROBAY 750 MG TAB	1	11.930	11.900

Total Qty / إجمالي الكمية | 1

Discount / خصم | 0.03

Total / المجموع | 11.900

CASH | 11.900



10010115442

Print Time: 01-Dec-2023 05:50 PM Terminal: 100101



10-8691

6 KD

MMC GROUP  
  
**Metro Medical Care**  
 THE CARE THE CONCERN THE CURE

B1

فاتورة نقدًا / بالحساب  
 CASH / CREDIT BILL

Token #:	Room #:
K 37	G-23

العنوان: - التجارة كراتون بلالرجوار الحيل - شارع صيب المطاوع - ت: +976 220 220 20 - Home care Services : 220 220 15  
 Farwaniya, Crown: Plaza Signal - Near Mr. Baker - Habib Munawer St. - Tel.: +965 220 220 20 - Home care Services : 220 220 15  
 E-mail: info@metromedicalgroup.com - Website: www.metromedicalgroup.com

رقم الفيل File # :	496169	رقم فاتورة رقم Bill # :	99469561	التاريخ Date :	01-Dec-2023
اسم المريض Patient Name :	SHYJD JOY	الرقم المدني/ الرقم السفر	296032902477	تاريخ الولادة	29-Mar-1996
العمر Age :	27.8 Yrs	الجنسية	India	نقال	50523978
منطقة Area :	Mangaf	اسم الدكتور Doctor's Name :	Dinesh Yadav Marka	قسم Department :	General Physician
اسم الشركة التأمين Insurance Co. :		شركة التأمين MMC Membership :		بطاقة Staff Name :	divya
وقت Time :	09:40 AM	اسم الموظفين MMC Card :		الوقت Time :	09:40 AM

رقم SL.#	الوصف Description	الكمية Qty.	البيعة Price	المجموع Total
	C R P	1	6,000	6,000
	خصم Discount			
	المجموع TOTAL			6,000

24/7 Booking - Car Parking - Ambulance Service - 24 Hrs Pharmacy Delivery

حجز - مواقف سيارات - خدمة الإسعاف - توصيل صيدلية 24 ساعة





10-8691  
2012

MMC SUP  
Metro Medical Care  
THE CARE THE CONCERN THE CURE

فاتورة نقدية / بالحدس  
CASH / CREDIT BILL

Token #:	Room #:
K 0	G-23

29

الفرع الرئيسي - امتحان كراتون بلالزاجهار الجبل - شارع حبيب المتاجر - 970 220 220 15  
Farwaniya, Crown Plaza Sgnal - Near Mr. Baker - Habib Munnwer St. - Tel: +965 220 220 20 - Home care Services : 220 220 15  
E-mail: info@metromedicalgroup.com Website: www.metromedicalgroup.com

رقم الفاتورة	496169	فاتورة رقم	99470471	التاريخ	02-Dec-2023
File #:		Bill #:		Date:	
Patient Name	: SHYJO JOY	اسم المريض	:	الرقم المدني/ جواز السفر	:
Civil ID / P.P. No.:	296032902477	تاريخ الولادة	:	العمر	:
Date of Birth	: 29-Mar-1996	الجنسية	:	نقال	:
Age	: 27.8 Yrs	Male	:	منطقة	:
Nationality	: India	Area	:	اسم الدكتور	:
Mobile No.:	50523978	Mangaf	:	قسم	:
Doctor's Name	: Dinesh Yadav Marka	اسم الشركة التأمين	:	شركة التأمين	:
Department	: General Physician	اسم بطاقة MMC	:	بطاقة	:
Insurance Co.:		اسم الموظفين	:	الوقت	:
MMC Membership Card		الوقت	:		:
Staff Name	: Vyshtavi				
Time	: 09:16 AM				

رقم SL #	الوصف Description	الكمية Qty.	السعر Price	المجموع Total
	Inj.Ceftriaxone 1gm	1	7.000	7.000
	خصم Discount			
	المجموع TOTAL			7.000

24 Hrs  
Booking - Car Parking - Ambulance Service - 24 Hrs Pharmacy Delivery

حجز - مواقف سيارات - خدمة إسعاف - توصيل صيدلية 24 ساعة



10-8691  
710

MMC G.  
**Metro Medical Care**  
THE CARE THE CONCERN THE CURE

فاتورة نقد / بالحساب  
CASH / CREDIT BILL

Token #:	Room #:
K 0	<del>129</del>

24

الفرع والعيادة - إشارة كلالون بلوارالبحر الجناح - شارع حبيب المنصور - ت.ف.ف.ف. +970 - ص.ص.ك. الرعاية المنزلية : 10111111  
Farwaniyah, Crown Plaza Signal - Near Mr. Baker - Habib Munawer St. - Tel: +965 220 220 20 - Home care Services : 220 220 15  
E-mail: info@metromedicalgroup.com - Website: www.metromedicalgroup.com

رقم الفاتورة File # :	496169	فاتورة رقم Bill # :	99472109	التاريخ Date :	03-Dec-2021
اسم المريض Patient Name :	SHYJO JOY	الرقم المدني/ جواز السفر Civil ID / P.P. No. :	296032902477	تاريخ الولادة Date of Birth :	29-Mar-1996
العمر Age :	27.8 Yrs	الجنسية Nationality :	India	نقل Mobile No. :	50523978
منطقة Area :	Mangaf	اسم الدكتور Doctor's Name :	Biji Bashaer	قسم Department :	Internal Medicine
اسم الشركة التأمين Insurance Co. :		شركة التأمين MMC Membership Card :		اسم الموظفين Staff Name :	Abeer
وقت Time :		الوقت TOTAL		المجموع Discount	
					7.000

24/7 Booking - Car Parking - Ambulance Service - 24 Hrs Pharmacy Delivery

حجز - موافق سيارات - خدمة اسعاف - توصيل صيدلية 24 ساعة



10-3088  
1260

مستشفى المدينة الدولية



A CARING MISSION

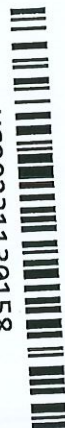
File Number : FAH202321941  
Patient Name : SANJIT YADAV  
Gender : MALE/  
CIVIL ID : 29002006856  
Company : -N/A

Bill Date : 30/11/2023 12:40 PM  
Bill Number : HG20231130158  
Doctor Name : Fahad Farooq Tonse  
Nationality : Nepal  
Mobile : 66272258

SI No	Service Name	Quantity	Rate	Total Amount
1	X-RAY COCCYX(AP/LAT)	1.00	12.000	12.000
Discount				: 0.000
Paid By CARD				: 12.000
Amount in words				: Twelve Dinar
Total			Company Payable	: 0.000
Total Paid				: 12.000
Net Amount				: 12.000

Signature:

HG20231130158



FAH202321941

OP Valid For 7 Days  
We accept all major health insurance cards / home collection services  
Fahahael -Block 7-Street 67 - Al-Dabbous Building - II and Floor-Tel/  
التحصيل: قطعة 7، شارع 67، مبنى الدبوس الثاني، الدبوس، عمان  
☎: +965 2391 5592 - T.2391 5593

Token  
F7



*Handwritten signature*



A CARING MISSION

File Number : FAH202321941  
Patient Name : SANJIT YADAV  
Gender : MALE/  
CIVIL ID : 29002006856  
Company : -N/A

Bill Date : 30/11/2023 09:16 AM  
Bill Number : HG2023113052  
Doctor Name : Haseena Abdul Samad  
Nationality : Nepal  
Mobile : 66272258

SI No	Service Name	Quantity	Rate	Total Amount
1	CONSULTATION CHARGE - GP	1.00	7.000	7.000
Discount			: 3.000	
Paid By CARD			: 4.000	
Amount in words			: Four Dinar	
Total				7.000
Company Payable			: 0.000	
Total Paid			: 4.000	
Net Amount				4.000

Signature:

*Handwritten signature: Dr. Farid*

HG2023113052



GIRLXN 30/11/2023 09:16:38am

FAH202321941

OP Valid For 7 Days  
We accept all major health insurance cards / home collection services

Fahaaeel -Block 7-Street 67 -Al-Dabbous Building - 11 nd Floor-Tel/  
القصرين -طابق 7-شارع 67-عشيرة الدبوس-تلور الطبي-حظف 5593- T,2391 5592- +965 2391 5592

Token

H27

Tel. : 23911435  
Mob.: 99567111

No.: 0498

K.D. دينار K.D. فيلس

4 / 100

سند قبض  
Receipt Voucher

Date: / / التاريخ:

received from Mr./Mrs.: Ashok Kumar (2808) وصلنا من السيد / السادة :

The Sum of K.D. 4 KD مبلغ وقدره :

On Bank: Manjeri Camp-2 To Adhens نقدًا / شيك رقم :  
Cash/Cheque No. على بنك

Being for: Adhens 100 Manjeri Camp-2 وذلك عن :

Receiver Sign. توقيع المستلم



Kerala  
BROTHERS  
TAXI

No: 17226

TAXI SERVICE CASH RECEIPT

KD 4 100

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms Ashok Kumar (2808)

Amount KD 4 KD

At Your Service From Manjeri Camp-2 To Adhens

Time: From Adhens To Manjeri Camp-2

Driver's Name..... Signature.....



No 02783

**TAXI SERVICE CASH RECEIPT**

KD 8 120

Taxi No. ....

Date .....

Received From Mr / Mrs / Ms Group

Amount KD 8 120

At Your Service From Camp-2 to Bellus to Camp-2 To .....

Time: From 10 To Bellus to shiffa Tel. No.: .....

Driver's Name ..... Signature .....



24 Hours Service

# OSCAR TAXI

Tel. : 25633622

Mob.: 66034270

**KUMAR**

K.D. Fils  
14 120

No. 2642

Receipt Voucher

Date .....

Received From Mr./Mrs. Preetha kumar (3299)

The Sum of K.D. 14 120

Cash menyaf Camp-2 to AL RAZI to ZAIN Hospital

From ZAIN Hospital to menyaf Camp-2

Signature  
KUMAR

Receiver's Sign.





**Kerala**  
**BROTHERS**



**TAXI SERVICE CASH RECEIPT**

KD 5 00

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms ..... Sreeraj

Amount KD ..... 5.00

At Your Service From..... Mangalamp Camp - 2 To ..... Emilia Hospital

Time: From ..... 10.30 AM To ..... 11.00 AM Tel. No:..... Camp-2

Driver's Name..... Signature.....

LEID 8905



**أجرة الجوال**  
**CALL TAXI**



K.D. دينار 2 Fils فلس 000

فاتورة نقدا  
Cash Invoice

Date 05/11/23 التاريخ

Received From Mr./Mrs. SBC camp Juma وصلنا من السيد / السادة :

The Sum of K.D. Two only مبلغ وقدره :

From SBC camp To Jebra Hosp & back

Receiver's Sign. توقيع المستلم

[Signature]



